



© Изображение от pressfoto на Freepik

Как работать по клиническим рекомендациям в соответствии с новыми критериями оценки качества медпомощи

Оглавление

- 4 Глава 1. Новые критерии оценки качества медпомощи по приказу № 203н: что изменилось**
 - 4** Приблизили критерии оценки качества к требованиям клинических рекомендаций
 - 7** Полностью исключили критерии по условиям оказания медпомощи
 - 8** Разделили критерии оценки по видам медпомощи
 - 11** Добавили и дополнили несколько разделов
- 15 Глава 2. Как работать по новым критериям качества, основанным на клинрекомендациях**
 - 15** Составьте сводную таблицу по группам заболеваний
 - 17** Проанализируйте критерии оценки качества
 - 17** Составьте таблицу критериев для групп заболеваний, которые лечит ваша клиника
 - 19** Составьте перечни заболеваний по клиническим отделениям
 - 20** Составьте чек-листы по нозологиям
 - 22** Проведите аудит клинрекомендаций
 - 23** Определите перечень рабочих клинических рекомендаций
 - 23** Переработайте клинреки для использования в клинической практике
 - 26** Сопоставьте чек-лист и протокол лечения

- 26 Сформируйте протоколы сравнения критериев и клинреков
- 28 Проведите детальный внутренний анализ расхождений
- 29 Примите внутреннее решение по каждой группе случаев
- 30 Проведите инструктажи по отделениям
- 31 Обратитесь в ТФОМС или местный минздрав
- 31 Проведите ВКК и оформите результаты
- 32 Подготовьте документацию для ТФОМС и страховых
- 39 Приложение

Введение

С 1 сентября 2025 года страховые компании проверяют клиники по новым критериям оценки качества медпомощи. Они определены в приказе от 14.04.2025 № 203н. Новые критерии основаны на клинреках, однако имеют многочисленные расхождения с ними. Эксперты Системы совместно с руководителями терфондов подготовили для вас пособие по работе в новых условиях. В книге читайте, как клиникам перестроить процессы, чтобы работать по клиническим рекомендациям и одновременно соответствовать критериям оценки качества медпомощи.

Составитель

Анастасия ВЕРШИНСКАЯ,
главный редактор Системы Главный врач



Глава 1. Новые критерии оценки качества медпомощи по приказу № 203н: что изменилось

Критерии оценки качества формируются по группам заболеваний или состояний на основе порядков оказания медпомощи и клинических рекомендаций. Клинреки по каждой нозологии всегда содержат раздел «Критерии оценки качества медицинской помощи», который и должен включаться в объединенный документ.

С 1 января 2025 года медицинские организации должны были полностью перейти на работу по клинрекам. К этой дате Минздрав разработал свежие клинические рекомендации по большинству нозологий. А к сентябрю пересмотрел критерии качества медпомощи. Теперь система выстроена и может работать. Важные изменения посмотрите ниже.

Приблизили критерии оценки качества к требованиям клинических рекомендаций

Новый приказ разработан на основе более 500 уже принятых клинрекомендаций и учитывает большинство нозологий, при которых оказывается медицинской помощь. У проекта было две версии, одна в августе 2024 года, в другая – в феврале 2025. В последней, принятой версии большинство критериев оценки качества наиболее близки к требованиям клинических рекомендаций. Посмотрите, как изменялись версии критериев, на примере острого аппендицита → 5.

**Острый аппендицит — сравнение с клиническими рекомендациями критериев
в старом приказе № 203н, проекте Минздрава и новом приказе №203н**

Клинические рекомендации	Приказ 203н	Проект версия август 2024	Приказ версия февраль 2025
Выполнен осмотр пациента врачом-хирургом в приемном отделении	Выполнен осмотр врачом-хирургом (врачом — детским хирургом) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Выполнен ежедневный осмотр врачом-хирургом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга
Выполнен общий (клинический) анализ крови, общий (клинический) анализ мочи	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Выполнен общий (клинический) анализ крови
—	—	—	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости
Проведена профилактика инфекционных осложнений антибиотиками широкого спектра действия (препараты первой линии: пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз: J01CR комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз) в пределах 60 мин до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Выполнена профилактика инфекционных осложнений комбинацией пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз (в течение 60 минут до хирургического вмешательства) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Выполнена профилактика инфекционных осложнений антибиотиками широкого спектра действия (пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз: J01CR комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз) в пределах 60 мин до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)
Выполнено хирургическое вмешательство при установленном	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее двух	Выполнено хирургическое лечение (кроме случаев выявления	Выполнено хирургическое вмешательство в экстренной или неотложной форме
диагнозе ОА (при получении ИДС пациента и отсутствии противопоказаний для оперативного лечения)	часов от момента установления диагноза	аппендикулярного инфильтрата до операции и/или при некорригированной органной дисфункции)	в зависимости от типа острого аппендицита ИЛИ Выполнена консервативная терапия при диагно

Как работать по клиническим рекомендациям в соответствии с новыми критериями оценки качества медпомощи

Клинические рекомендации	Приказ 203н	Проект версия август 2024	Приказ версия февраль 2025
Выполнено патологоанатомическое исследование операционного материала (препарата червеобразного отростка)	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленного органа (ткани)	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при выполнении аппендэктомии)	стировании аппендикулярного инфильтрата
—	Выполнено бактериологическое исследование экссудата из брюшной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	—	—
—	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации	—	Выполнено ультразвуковое исследование и/или компьютерная томография органов брюшной полости при подозрении на осложнение в послеоперационном периоде
—	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	—	
—	Отсутствие тромбозомболических осложнений в период госпитализации	—	

Чем грозит. Клиники столкнутся с проблемой регулярного пересмотра клинических рекомендаций, когда новые клинреки уже вышли и работать надо по ним, а критерии все еще старые и проверять будут по ним. При этом за любое отклонение от критериев клинику могут оштрафовать страховые компании, а за нарушение клинрекомендаций – Росздравнадзор.

Кроме того, есть нозологии, по которым клинических рекомендаций вообще нет. Неясно, по каким критериям

страховые компании будут оценивать медорганизацию в этом случае.

Полностью исключили критерии по условиям оказания медпомощи

Критерии качества по условиям оказания медпомощи применялись в течение семи лет по приказу № 203н. К ним относились привычные клиникам общие критерии для амбулаторной и стационарной медпомощи, такие как ведение меддокументации, установление предварительного и клинического диагноза, формирование плана обследования и др.

Отмена общих критериев соответствует положениям ст. 64 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ. По закону критерии формируют только по группам заболеваний или состояний. Нет указания формировать критерии по условиям оказания медпомощи.

Чем грозит. Клиники больше не будут проверять по общим критериям, но меддокументы, как и прежде, нужно

Мнение

Какую проблему не решил новый проект по критериям качества

НИКИТА КУЧИН

эксперт по контролю качества медицинской помощи с опытом работы в Росздравнадзоре, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава, к. м. н.

В новом приказе так же, как и в действующем приказе №203н, отсутствуют критерии оценки качества «вне медицинской организации». Это затрудняет оценку качества скорой мед-

помощи. При этом в отдельных нозологиях скорая медпомощь заменяет первичную медико-санитарную (пример с отравлениями наркотическими веществами).

оформлять по всем правилам. Они установлены в других приказах Минздрава. Придется перестраивать работу только под критерии по нозологиям, а их гораздо больше (более 4000). Трудно будет оценить своевременность оказания медпомощи.

Разделили критерии оценки по видам медпомощи

Минздрав разделил критерии оценки качества по видам медпомощи и представил отдельные критерии для первичной медико-санитарной помощи и специализированной медпомощи. Приведем пример.

Пример

Острый аппендицит у взрослых — разделение на первичную медико-санитарную и специализированную медпомощь

Первичная медико-санитарная помощь взрослым при остром аппендиците (подп. 2.11.6.1 проекта) предполагает три критерия оценки качества на амбулаторном этапе ее оказания: осмотр хирурга, общий

Мнение

Критериям качества по условиям оказания медпомощи нет замены

НИКИТА КУЧИН

эксперт по контролю качества медицинской помощи с опытом работы в Росздравнадзоре, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава, к. м. н.

На практике критерии качества по условиям оказания медпомощи применялись долгое время и в некоторых случаях работали даже лучше, чем критерии по нозологиям. Их исключение в текущем виде, в первую

очередь, затруднит оценку своевременности оказания медпомощи. В представленных в новом приказе критериях она часто не прослеживается или прослеживается неявно.

анализ крови и УЗИ органов брюшной полости. Предполагается, что пациент, у которого будет заподозрен острый аппендицит, обратится в поликлинику. Ему должны установить предварительный диагноз и передать на этап специализированной медпомощи.

Для специализированной помощи по тем же кодам МКБ предполагается уже восемь критериев:

- осмотр хирурга;
- общий анализ крови;
- УЗИ органов брюшной полости;
- консервативное лечение при аппендикулярном инфильтрате;
- обязательная профилактика инфекционных осложнений антибиотиками;
- хирургическое вмешательство в экстренной или неотложной форме;
- патологоанатомическое исследование операционного материала;
- УЗИ/КТ при подозрении на осложнения.

Мнение

Отсутствие критериев качества по условиям оказания медпомощи позволит избежать дублирования при контроле

МАРИЯ ФЕДОСЕЕВА

заместитель главного врача по КЭР ГБУЗ «Иркутская ордена “Знак Почета” областная клиническая больница»

В разделе «Критерии качества по условиям оказания медицинской помощи» были критерии ведения первичной медицинской документации, сроки установления диагноза, критерии, касающиеся лекарственной терапии, критерии проведения консилиумов, критерии при изменении тактики ведения пациента, критерии экспертизы временной нетрудоспособности и критерии преемственности оказания медпомощи. Все эти критерии

уже учитывают другие нормативные акты Минздрава.

Например, правила оформления первичной меддокументации и образцы ее форм есть в приказе от 05.08.2022 № 530н. По другим критериям также есть регламентирующие приказы. В частности, Минздрав отдельно установил порядок назначения лекарственных препаратов (приказ № 1096н) и порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности (приказ № 625н).

Получается, что оценить своевременность оказания медпомощи по критериям в случае с острым аппендицитом затруднительно. Указано, что хирургическое вмешательство должно быть проведено в экстренной или неотложной форме в зависимости от типа острого аппендицита. Согласно принятым временным рамкам, это довольно широкий диапазон от 20 минут до двух часов.

Но разделение на виды помощи есть не по всем нозологиям. Например, какой-то вид помощи может отсутствовать или совмещаться с другим видом. Примеры смотрите ниже.

Пример

Нозологии, по которым нет четкого разделения на виды помощи:

1. Острый панкреатит

По острому панкреатиту у взрослых и детей нет критериев оценки качества первичной медико-санитарной помощи. Сразу идет специализированная — подпункт 2.11.27.2. Критерии для оценки своевременности медпомощи, то есть временные рамки, отсутствуют вовсе.

2. Острые отравления опиоидными наркотическими веществами

В раздел с первичной медико-санитарной помощью взрослым и детям при отравлениях погружена скорая медицинская помощь — подпункт 2.19.54.1.

3. Токсическое действие метанола и этиленгликоля

Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям полностью подменены критериями оценки скорой медпомощи (подп. 2.19.56.1). То есть наблюдается путаница.

Чем грозит. Врачи тех специальностей, по нозологиям которых нет четкого разделения на виды помощи, будут испытывать трудности при оказании медпомощи и заполнении медкарт. Непонятно, в какой срок должна быть оказана такая помощь и кто именно должен отвечать за пациента.

Добавили и дополнили несколько разделов

Критериев стало больше: 21 раздел вместо 18. Новые группы критериев:

- при врожденных аномалиях, деформациях и хромосомных нарушениях (раздел 17),
- при внешних причинах заболеваемости и смертности (раздел 20),
- при факторах, влияющих на состояние здоровья населения и обращения в медицинские организации (раздел 21).

Впервые появились критерии оценки оказания медпомощи пациентам, нуждающимся в паллиативной помощи при хроническом болевом синдроме. Внимание

Мнение

Когда начнут проверять по новым критериям

Критерии вступили в силу с 1 сентября 2025 года. Именно с этой даты все экспертизы страховых компаний и терфондов ОМС будут проводиться на соответствие новым критериям. Приказ действует в отношении всех медицинских организаций любой формы собственности. По сути, процедура проверки не меняется. Просто одни критерии заменяют другими – обновленными.

Законодатель не уточняет, как именно применять новый приказ: при проведении проверок, датированных 1 сентября 2025 года, или по отношению к медицинской помощи, оказанной с 1 сентября 2025 года.

МО должны быть готовы к любому из двух сценариев.

Критерии разработаны как «энциклопедия» для проверяющих и касаются именно оценки. То есть по идее они должны распространяться на отношения по проведению контроля. Выявлять нарушения за медпомощь, оказанную до 1 сентября, то есть в момент действия старых критериев, не отвечает принципу справедливости. Однако поскольку часть критериев «перекочевала» из одного приказа в другой, а новые сформированы на основе уже использовавшихся в медицинской практике клинреков, существенных расхождений быть не должно.

Как изменилось количество критериев по классам заболеваний и входящих в них групп заболеваний, объединенных по кодам МКБ-10

№	Было	Количество групп	Стало	Количество групп
	Критерии по классам заболеваний		Критерии по классам заболеваний	
1	Критерии качества при некоторых инфекционных и паразитарных болезнях	24	Критерии качества при некоторых инфекционных и паразитарных болезнях	70
2	Критерии качества при новообразованиях. Включали группы заболеваний	29	Критерии качества при новообразованиях	185
3	Критерии качества при болезнях крови, кроветворных органов и отдельных нарушениях, вовлекающих иммунный механизм	3	Критерии качества при болезнях крови, кроветворных органов и отдельных нарушениях, вовлекающих иммунный механизм Включено 185 групп заболеваний	40
4	Критерии качества при болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ	6	Критерии качества при болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ	101
5	Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при психических расстройствах и расстройствах поведения	8	Изменено название критерия: «Критерии оценки качества при психических расстройствах и расстройствах поведения»	44
6	Критерии качества при болезнях нервной системы	7	Критерии качества при болезнях нервной системы	40
7	Критерии качества при болезнях глаза и его придаточного аппарата	8	Критерии качества при болезнях глаза и его придаточного аппарата	28
8	Критерии качества при болезнях уха и сосцевидного отростка	8	Критерии качества при болезнях уха и сосцевидного отростка	20
9	Критерии качества при болезнях системы кровообращения	15	Критерии качества при болезнях системы кровообращения	35
10	Критерии качества при болезнях органов дыхания	8	Критерии качества при болезнях органов дыхания	51

Как работать по клиническим рекомендациям в соответствии с новыми критериями оценки качества медпомощи

№	Было	Количество групп	Стало	Количество групп
	Критерии по классам заболеваний		Критерии по классам заболеваний	
11.	Критерии качества при заболеваниях органов пищеварения, в том числе болезней полости рта, слюнных желез и челюстей (за исключением зубного протезирования)	24	Критерии качества при заболеваниях органов пищеварения, в том числе болезней полости рта, слюнных желез и челюстей (за исключением зубного протезирования)	80
12.	Критерии качества при болезнях кожи и подкожной клетчатки	16	Критерии качества при болезнях кожи и подкожной клетчатки	25
13.	Критерии качества при болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани	12	Критерии качества при болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани	27
14.	Критерии качества при болезнях мочеполовой системы	21	Критерии качества при болезнях мочеполовой системы	81
15.	Критерии качества при беременности, родах и послеродовом периоде	16	Критерии качества при беременности, родах и послеродовом периоде	55
16.	Критерии качества при отдельных состояниях, возникающих в перинатальном периоде	13	Критерии качества при отдельных состояниях, возникающих в перинатальном периоде	6
17.	Отсутствует	—	Критерии оценки качества при врожденных аномалиях (пороках развития), деформациях и хромосомных нарушениях	60
18.	Критерии качества при симптомах, признаках и отклонениях от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках	1	Критерии качества при симптомах, признаках и отклонениях от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках	7
19.	Критерии качества при травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин	12	Критерии качества при травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин	121
20.	Отсутствует	—	Критерии оценки качества при внешних причинах заболеваемости и смертности	2
21.	Отсутствует	—	Критерии оценки качества при факторах, влияющих на состояние здоровья населения и обращения в медицинские организации	6

уделили и иным болезням гериатрического профиля: хронической боли у пациентов пожилого и старческого возраста, старческой астении.

Как изменилось количество критериев по классам заболеваний в новом приказе в сравнении со старым, посмотрите в таблице → 12.

Изменился раздел, касающийся критериев качества при психических расстройствах и расстройствах поведения. По сравнению со старыми критериями:

- появились критерии оценки качества при таких заболеваниях у детей (раньше критерии были разработаны только в отношении взрослых пациентов);
- разработали критерии не только для специализированной медицинской помощи, но и для первичной медико-санитарной помощи.

Общую таблицу изменений посмотрите ниже.

В новом приказе увеличено количество групп заболеваний, объединенных по кодам МКБ-10. В то же время внутри групп изменена система группировки по МКБ-10.

Глава 2. Как работать по новым критериям качества, основанным на клинрекомендациях

Новые критерии основаны на клинреках, однако имеют многочисленные расхождения с ними. Медорганизациям нужно выполнять критерии страховых, чтобы получить оплату за оказанную медпомощь, но при этом нельзя отступать от клинреков, ведь они приобрели статус нормативных актов.

Читайте, как клинике выстроить процессы, чтобы работать по клиническим рекомендациям и одновременно соответствовать критериям оценки качества медпомощи.

Составьте сводную таблицу по группам заболеваний

Поручите начмеду совместно с оргметодотделом провести анализ групп заболеваний, которые относятся к вашей медорганизации. Все группы заболеваний найдете в справочнике МКБ-10. Пусть начмед выберет только нужные группы и сформирует структуру групп заболеваний в соответствии с профилем отделений. В результате должна получиться сводная таблица, она может выглядеть так → 16.

Готовая таблица понадобится при анализе критериев качества по новому приказу № 230н и анализе клинрекомендаций по сайту Минздрава.

Вариант сводной таблицы групп заболеваний, которые лечит клиника

Код по МКБ-10	Группы заболеваний	Клиническое отделение
A00–B99	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	—
C00–D48	Новообразования	—
D50–D89	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	—
E00–E90	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	—
F00–F99	Психические расстройства и расстройства поведения	—
G00–G99	Болезни нервной системы	Отделение неврологии
H00–H59	Болезни глаза и его придаточного аппарата	—
H60–H95	Болезни уха и сосцевидного отростка	—
I00–I99	Болезни системы кровообращения	Отделение кардиологии
J00–J99	Болезни органов дыхания	—
K00–K93	Болезни органов пищеварения, в том числе болезни полости рта, слюнных желез и челюстей (за исключением зубного протезирования)	—
L00–L99	Болезни кожи и подкожной клетчатки	—
M00–M99	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	Отделение травматологии
N00–N99	Болезни мочеполовой системы	Отделение нефрологии
O00–O99	Беременность, роды и послеродовой период	—
P00–P96	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	—
Q00–Q99	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	—
R00–R99	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	Общепольничные
S00–T98	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	Общепольничные
V01–Y98	Внешние причины заболеваемости и смертности	Общепольничные
Z00–Z99	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения	Общепольничные

Проанализируйте критерии оценки качества

Анализ новых критериев оценки качества внутри клиники необходим по двум причинам.

1. На критерии из приказа № 203н необходимо ориентироваться при проведении ВКК. Это следует из Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества (приказ Минздрава от 31.07.2020 № 785н).

2. Страховые компании и терфонд придут к вам с проверкой именно по приказу № 203н. Вы, как руководитель, должны быть готовы объяснить любое расхождение с критериями, а также проследить, чтобы с клиники не спросили ничего сверх приказа № 203н.

В спорных ситуациях эксперты могут и будут обращаться к клинрекам, но основной документ для проверки – приказ № 203н. Если клиника заранее изучит расхождения и подготовит аргументированный ответ, в котором сошлется на клинреки, она с большей вероятностью убедит проверяющих и минимизирует риск неоплаты медпомощи.

Поручите отделу качества вместе с начмедом изучить приказ, проработать его и составить итоговые чек-листы по нозологиям. Как это сделать, читайте ниже.

1. Составьте таблицу критериев для групп заболеваний, которые лечит ваша клиника

У начмеда уже есть сводная таблица групп заболеваний по МКБ-10, составленная специально для клиники. С этой таблицей он идет в приказ 14.04.2025 № 203н и выбирает нужные критерии оценки качества. Поскольку они также распределены по кодам МКБ-10, это не составит сложности. Итоговая таблица с критериями для конкретной клиники может выглядеть так → [18](#).

Отсутствующие разделы – с прочерками – можно скрыть или удалить. Если вы планируете расширять клинику, открывать новые отделения и оказывать новые

Критерии по всем группам заболеваний, которые лечит клиника

Код по МКБ-10	Раздел критериев	Критерии по группам заболеваний	Клиническое отделение
A00–B99	2.1.	Критерии оценки качества при некоторых инфекционных и паразитарных болезнях	—
C00–D48	2.2.	Критерии оценки качества при новообразованиях	—
D50–D89	2.3.	Критерии оценки качества при болезнях крови, кроветворных органов и отдельных нарушениях, вовлекающих иммунный механизм	—
E00–E90	2.4.	Критерии оценки качества при болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ	—
F00–F99	2.5.	Критерии оценки качества при психических расстройствах и расстройствах поведения	—
G00–G99	2.6.	Критерии оценки качества при болезнях нервной системы	Отделение неврологии
H00–H59	2.7.	Критерии оценки качества при болезнях глаза и его придаточного аппарата	—
H60–H95	2.8.	Критерии оценки качества при болезнях уха и сосцевидного отростка	—
I00–I99	2.9.	Критерии оценки качества при болезнях системы кровообращения	Отделение кардиологии
J00–J99	2.10.	Критерии оценки качества при болезнях органов дыхания	—
K00–K93	2.11.	Критерии оценки качества при заболеваниях органов пищеварения, в том числе болезней полости рта, слюнных желез и челюстей (за исключением зубного протезирования)	—
L00–L99	2.12.	Критерии оценки качества при болезнях кожи и подкожной клетчатки	—
M00–M99	2.13.	Критерии оценки качества при болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани	Отделение травматологии
N00–N99	2.14.	Критерии оценки качества при болезнях мочеполовой системы	Отделение нефрологии
O00–O99	2.15.	Критерии оценки качества при беременности, родах и в послеродовом периоде	—

Как работать по клиническим рекомендациям в соответствии с новыми критериями оценки качества медпомощи

Код по МКБ-10	Раздел критериев	Критерии по группам заболеваний	Клиническое отделение
P00—P96	2.16.	Критерии оценки качества при отдельных состояниях, возникающих в перинатальном периоде	—
Q00—Q99	2.17.	Критерии оценки качества при врожденных аномалиях [пороках развития], деформациях и хромосомных нарушениях	—
R00—R99	2.18.	Критерии оценки качества при симптомах, признаках и отклонениях от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках	Общепольничные
S00—T98	2.19.	Критерии оценки качества при травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин	Общепольничные
V01—Y98	2.20.	Критерии оценки качества при внешних причинах заболеваемости и смертности	Общепольничные
Z00—Z99	2.21.	Критерии оценки качества при факторах, влияющих на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения	Общепольничные

медуслуги, удобнее оставить все разделы и дополнять их по необходимости.

2. Составьте перечни заболеваний по клиническим отделениям

По выбранным группам критериев нужно составить и утвердить реестр кодов по МКБ-10 по клиническим отделениям.

Отберите для каждого отделения заболевания и категории пациентов, которые могут лечиться в этом отделении. Затем отберите критерии по видам медпомощи в зависимости от уровня медорганизации.

Допустим, у вас отделение отоларингологии для оказания специализированной медпомощи взрослым пациентам. Для него подойдут критерии оценки качества при болезнях

уха и сосцевидного отростка – раздел 2.8. Из раздела 2.8 нужно удалить критерии оценки качества при оказании первичной медико-санитарной помощи и критерии при оказании медпомощи детям. То, что остается, поместите в таблицу. Помимо отобранных критериев и кодов по МКБ-10, укажите в таблице ответственных. Они будут готовить чек-листы по выбранным критериям. Сроки подготовки чек-листов также можно включить в таблицу. Образец → 21.

По каждой строке в таблице ответственный формирует чек-лист. Подобные чек-листы будут использовать страховые компании и терфонды при проведении ведомственной экспертизы. Вам они понадобятся для проведения внутреннего контроля качества в клинике.

В результате у ваших подчиненных должно получиться столько таблиц, сколько отделений в вашей клинике.

3. Составьте чек-листы по нозологиям

Распорядитесь утвердить бланк чек-листов для всех отделений. Форма должна быть единой. Так вам будет проще проводить ВКК и готовить меддокументацию пациентов для проверки. Посмотрите, как может выглядеть бланк чек-листа → 21.

Бланк заполняется на основании выбранных вами критериев оценки качества медпомощи из приказа №203н. В чек-листе нужно отразить все осмотры и исследования, в том числе необязательные или применяющиеся при определенных обстоятельствах. Пример заполнения бланка по конкретному виду помощи (группе диагнозов) → 22.

Таким же образом нужно обработать еще четыре группы критериев. В итоге получим пять чек-листов по критериям для отделения отоларингологии для оказания специализированной медпомощи взрослым пациентам:

- при наружных отитах;
- при отосклерозе;
- при болезни Меньера;
- при потере слуха, вызванной шумом;
- при нейросенсорной тугоухости.

Выбранные критерии по группе заболеваний для одного отделения клиники

№	Перечень критериев для отделения отоларингологии	Коды заболеваний по МКБ-10	Ответственный исполнитель	Срок подготовки чек-листов
1	2.8.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при наружных отитах	H60.0, H60.1, H60.2, H60.3, H60.4, H60.5, H60.8, H60.9, H61.0, H61.8, H61.9, H62.0, H62.1, H62.3, H62.4, H62.8	Семенов И.И., завотделением	05.09.2025
2	2.8.5.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при отосклерозе	H80	Семенов И.И., завотделением	10.09.2025
3	2.8.6.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезни Меньера	H81.0	Семенов И.И., завотделением	12.09.2025
4	2.8.7.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи помощи взрослым при потере слуха, вызванной шумом	H83.3, Z57.0	Семенов И.И., завотделением	15.09.2025
5	2.8.8.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при нейросенсорной тугоухости у взрослых	H90.3, H90.4, H90.5, H91.1, H91.2, H91.8	Семенов И.И., завотделением	20.09.2025

Чек-лист по виду медпомощи при нозологиях

Контрольный чек-лист _____ **отделения по** _____
медпомощи при _____

Пациент: Ф. И. О. _____

Диагнозы по МКБ-10 для группы: _____
(нужное подчеркнуть)

Критерии оценки качества	Оценка выполнения		Примечание
	Да	Нет	
Выполнен прием врача...			Осмотр, консультация
Выполнен анализ...			При
...			...

**Контрольный чек-лист по специализированной медпомощи взрослым при
наружных отитах**

Диагнозы по МКБ-10 для группы заболеваний: Н60.0, Н60.1, Н60.2, Н60.3, Н60.4, Н60.5, Н60.8, Н60.9, Н61.0, Н61.8, Н61.9, Н62.0, Н62.1, Н62.3, Н62.4, Н62

Контрольный чек лист

Ф. И. О. пациента

Диагноз: МКБ-10: Н60.0, Н60.1, Н60.2, Н60.3, Н60.4, Н60.5, Н60.8, Н60.9, Н61.0, Н61.8, Н61.9, Н62.0, Н62.1, Н62.3, Н62.4, Н62 (нужное подчеркнуть)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения		Примечание
		да	нет	
1	Выполнен прием врача-оториноларинголога первичный			Осмотр, консультация
2	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза)			При злокачественной форме наружного отита
3	Выполнена компьютерная томография височной кости			При злокачественном наружном отите
4	Выполнено лечение противомикробными препаратами и/или антисептиками и/или антибактериальными препаратами системного действия			При наличии показаний и отсутствии противопоказаний

Результатом этого этапа работы станет набор чек-листов для каждого отделения по выбранным нозологиям из групп заболеваний, которые лечат в вашей клинике.

Проведите аудит клинрекомендаций

Критерии оценки качества из приказа № 203н нужно совместить с критериями из клинических рекомендаций, чтобы не упустить ни одного расхождения и принять решение по каждому сомнительному моменту. Поэтому после того, как вы проанализировали приказ № 203н и составили чек-листы по критериям, переходите к про-

верке готовности клинических рекомендаций. Особенное внимание в них уделяйте разделу «Критерии оценки качества медицинской помощи». Он есть в каждой клинической рекомендации.

Для этой работы начмед или зам по лечебной работе может использовать сводную таблицу по группам заболеваний, которую мы составили ранее. Проверять работу по клинрекам можно и без таблицы, но с ней удобнее. Как это сделать, читайте ниже.

1. Определите перечень рабочих клинических рекомендаций

Начмеду важно учесть все клинреки, которые действуют в проверяемый период времени. В том числе те, которые Минздрав обновил или выпустил впервые. Для этого поручите начмеду регулярно отслеживать сайт Минздрава и отбирать новые клинические рекомендации по нозологиям, которые лечат в вашей МО (рис. 1).

Начмед, сверившись со сводной таблицей, может использовать фильтры по МКБ-10 и сразу выбирать нужные клинике группы клинреков (рис. 2).

Дальше нужно проверить, все ли клинические рекомендации по нозологиям внедрили в работу. Те клинрекомендации, которые еще не внедрили, нужно оперативно поставить в план.

2. Переработайте клинреки для использования в клинической практике

Клинические рекомендации в исходном виде объемны, работать с ними неудобно и времязатратно. Кроме того, в рекомендациях нет деления на уровни оказания медпомощи. Например, не сказано, что нужно сделать на амбулаторном этапе, что на стационарном, что в ЦРБ, а что в областной больнице.

Чтобы облегчить работу врачам и уточнить уровень оказания медпомощи, поручите начмеду совместно с завотделениями разработать короткие внутренние протоко-

Как работать по клиническим рекомендациям в соответствии с новыми критериями оценки качества медпомощи

Рисунок 1. Как выглядит рубрикатор клинреков на сайте Минздрава

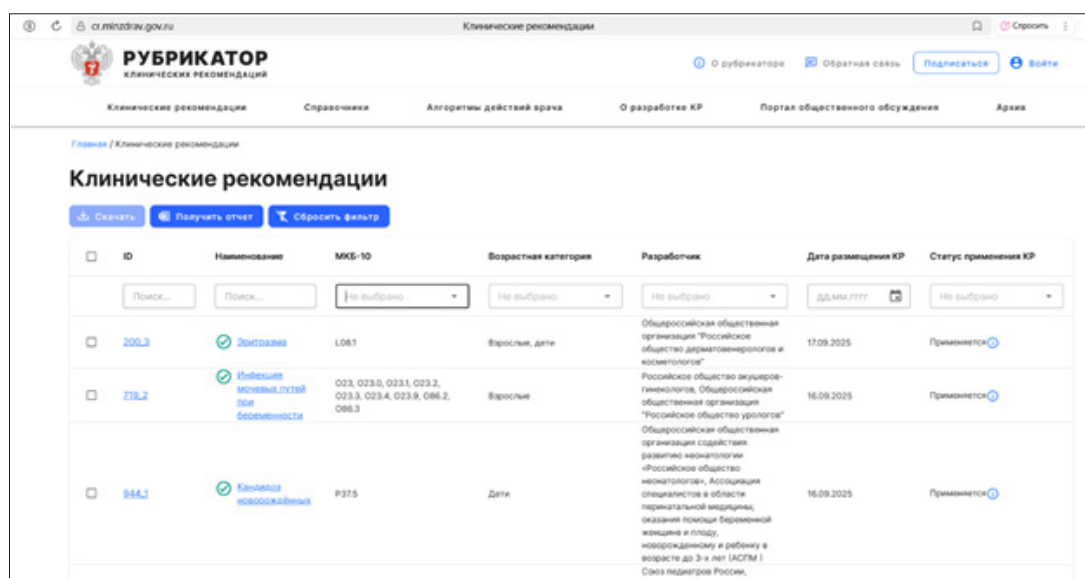
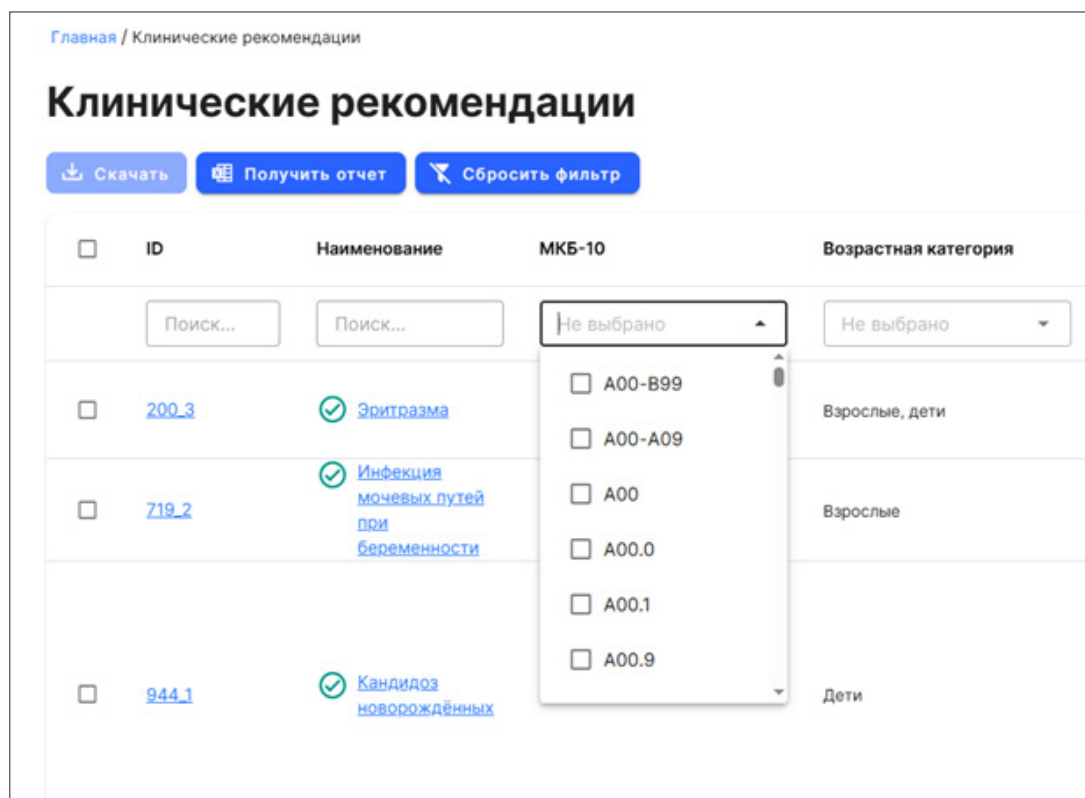


Рисунок 2. Где ставить фильтр в рубрикаторе клинических рекомендаций на сайте Минздрава



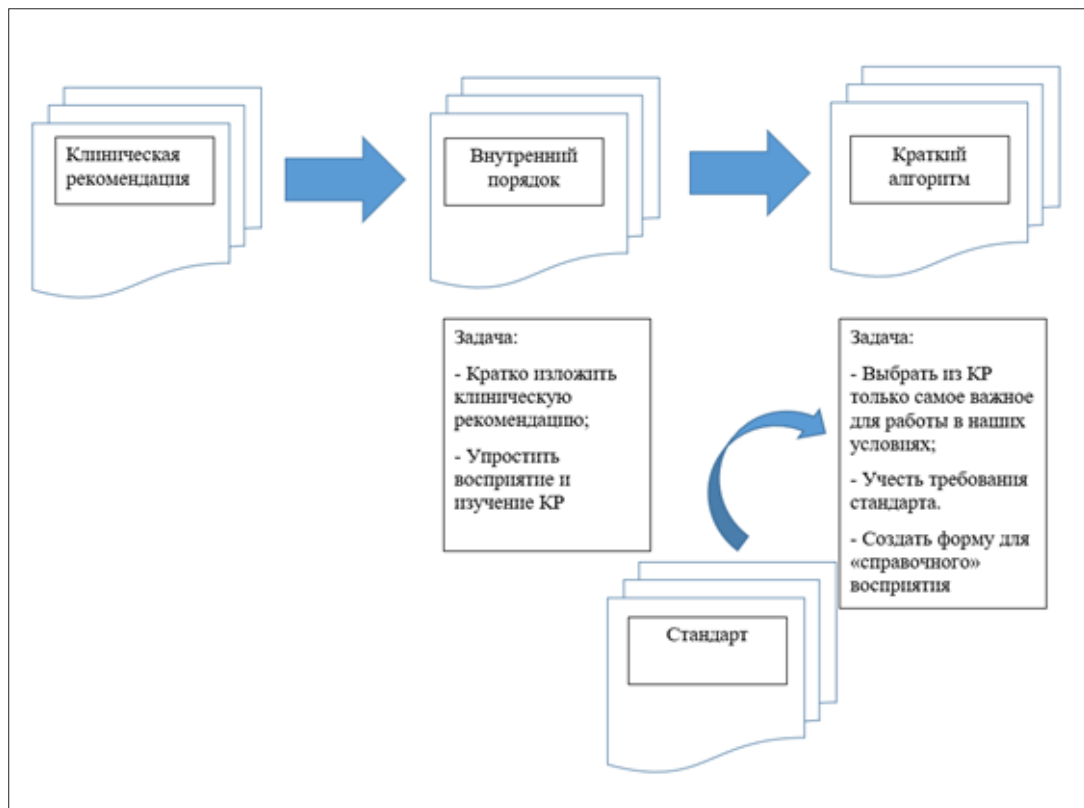
Как работать по клиническим рекомендациям в соответствии с новыми критериями оценки качества медпомощи

лы ведения пациентов. В разных клиниках они могут называться также внутренними порядками, стандартами учреждения или алгоритмами. Посмотрите, как в одной из клиник Санкт-Петербурга обрабатывают каждую клиническую рекомендацию (рис. 3).

Образцы получившихся документов посмотрите в приложении.

Итогом этого процесса будут новые протоколы лечения или внутренние порядки. По ним врачи-специалисты будут лечить пациентов. Их вы будете сравнивать с критериями оценки качества.

Рисунок 3. Подход к обработке клинрекомендаций в поликлинике Санкт-Петербурга



Сопоставьте чек-лист и протокол лечения

Поручите начмеду сопоставить чек-листы по новым критерии качества из приказа № 203н и составленные ранее короткие алгоритмы лечения по действующим клиническим рекомендациям. Важно сопоставить два документа и выявить расхождения в критериях оценки. Для всех случаев расхождений нужно принять управленческое решение. У врачей должна быть единая методика реагирования на такие случаи.

1. Сформируйте протоколы сравнения критериев и клинреков

Поручите составить протокол сравнения критериев по приказу № 203н и критериев из клинреков. Пример результата сравнения → 27.

Совет

Не забывайте кроме клинреков проверять порядки оказания медпомощи по конкретным профилям

Например, есть Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях (приказ Минздрава от 19.02.2021 № 116н). Он действует, и его следует учитывать МО, оказывающим онкологическую помощь.

Документ вступил в силу с 1 января 2022 года, за исключением Правил организации деятельности отделения радиотерапии онкологического диспансера (онкологической больницы). Правила вступают в силу:

- с 1 января 2022 года – в отношении медицинских организаций и их структурных подразделений, созданных после 1 января 2022 года;
- с 1 января 2026 года – в отношении медицинских организаций и их структурных подразделений, созданных до 1 января 2022 года.

Поручите юротделу или ответственному за внедрение клинреков проводить такой анализ.

Пример протокола сравнения новых критериев оценки качества и действующих клинических рекомендаций

Приказ № 203н: Раздел 2.2.61.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при дифференцированном раке щитовидной железы (коды по МКБ-10: C73, D44.0).

Клинические рекомендации «Дифференцированный рак щитовидной железы». Вступили в силу с 1 января 2024 года.

Новые критерии оценки качества по приказу № 203н

Клинические рекомендации. Раздел: Критерии оценки качества медпомощи

Выполнена пункция щитовидной или паращитовидной железы под контролем ультразвукового исследования и/или биопсия щитовидной или паращитовидной железы (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)

Критерий отсутствует

Выполнено цитологическое исследование микропрепарата тканей щитовидной железы (по протоколу Bethesda Thyroid Classification 2017, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)

Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) ЩЖ (под контролем УЗИ) с последующим цитологическим исследованием микропрепарата по протоколу Bethesda Thyroid Classification, 2009, 2017

Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез и ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (по протоколу EU-TIRADS, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)

Выполнено УЗИ щитовидной железы и паращитовидных желез и УЗИ всех уровней регионарных лимфатических узлов по протоколу EUTIRADS

Выполнена пункция лимфатического узла под контролем ультразвукового исследования (при наличии изменений регионарных лимфоузлов по данным ультразвукового исследования)

Отсутствует как критерий оценки качества

Выполнено цитологическое исследование препарата тканей лимфоузла (при наличии изменений регионарных лимфоузлов по данным ультразвукового исследования)

Отсутствует как критерий оценки качества

Выполнена компьютерная томография шеи с внутривенным болюсным контрастированием (при соответствии опухоли cT3-cT4 и/или N1 по данным TNM8) (при отсутствии медицинских противопоказаний)

Выполнена спиральная компьютерная томография (КТ) шеи и компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием при подозрении на распространенный опухолевый процесс

Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при соответствии опухоли cT3-cT4 и/или N1 по данным TNM8) (при отсутствии медицинских противопоказаний)

Отсутствует как критерий оценки качества

Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия и/или лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)

При IV, V и VI категории цитологического заключения по международной цитологической классификации (Bethesda Thyroid Classification, 2009) выполнено хирургическое лечение

Как работать по клиническим рекомендациям в соответствии с новыми критериями оценки качества медпомощи

Новые критерии оценки качества по приказу № 203н

Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей щитовидной железы (при хирургическом лечении)

Критерий не включен, но имеется в КР как обязательный к применению

Критерий не включен, но имеется в КР как обязательный к применению

Критерий не включен, но имеется в КР как обязательный к применению

Критерий не включен, но имеется в КР как обязательный к применению

Критерий не включен, но имеется в КР как обязательный к применению

Критерий не включен, но имеется в КР как обязательный к применению

Клинические рекомендации. Раздел: Критерии оценки качества медпомощи

Отсутствует как критерий оценки качества

Выполнено исследование уровня ТТГ в крови (при установлении диагноза)

Выполнено исследование уровня кальцитонина в крови при установлении диагноза

Выполнена оценка клинических и анамnestических факторов принадлежности больного к группе агрессивных форм РЩЖ

Выполнена заместительная гормональная терапия после хирургического вмешательства в группе пациентов низкого риска

Выполнена видеоларингоскопия на дооперационном этапе

Выполнено исследование уровней ТТГ, ТГ и антител к ТГ в сыворотке крови через 6-12 мес после операции

Обратите внимание, что в приказе №203н Минздрав ввел дополнительные критерии оценки по сравнению с КР. В то же время отсутствуют критерии, включенные в КР. Это важно, поскольку при проведении экспертного контроля эксперты СМО и ТФОМС будут учитывать критерии, как обязательные.

2. Проведите детальный внутренний анализ расхождений

По каждому протоколу нужно выявить расхождения и описать потенциальные риски для МО и пациента. Можно оформить эту работу в виде таблицы → 29. В ней будут не все критерии, а только пункты, которые имеют расхождения. Разместите ее сразу после протокола сравнения.

С этими таблицами начмед должен прийти к руководителю МО.

Расхождения в критериях качества приказа № 203н и критериях качества клинреков

Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при дифференцированном раке щитовидной железы (коды по МКБ-10: C73, D44.0)

Критерии качества по приказу №203н	Критерии качества по клинрекам	Суть расхождений	Риски для МО и пациента
Выполнена пункция щитовидной или паращитовидной железы под контролем ультразвукового исследования и/или биопсия щитовидной или паращитовидной железы (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или неинформативности проведенного исследования)	Критерий отсутствует	В клинической рекомендации нет критерия оценки, по которому страховая компания будет проводить ЭКМП	Если работать только по клинрекам, у МО точно найдут нарушения и медпомощь не оплатят или оплатят частично.
...			

3. Примите внутреннее решение по каждой группе случаев

Все расхождения для удобства можно разделить на три группы:

- критерии качества в приказе № 203н менее детализированы, чем в клинреках;
- критерии качества в приказе № 203н более детализированы, чем в клинреках;
- критерии качества в приказе № 203н противоречат клинрекам.

Первый случай – наиболее частый. Третий встречается реже всего, но куда опаснее первых двух. Решение по расхождениям принимает главврач. Предлагаем допустимые варианты.

Критерии качества в приказе № 203н менее детализированы, чем в клинреках. Нужно работать по клинрекам, но следить, чтобы в меддокументации были отражены все

пункты критериев из приказа № 203н. Эксперт должен легко найти их при проверке. При этом требования клинреко-мендаций обязательны для врачей, поэтому исследования по клинрекам сверх приказа № 203н также нужно выполнять.

Критерии качества в приказе № 203н более детализи-рованы, чем в клинреках. Вам нужно довести до све-дения всех специалистов, которые работают по таким нозологиям, что помимо клинических рекомендаций им следует принимать в расчет требования приказа № 203н. Все критерии оценки, которые прописаны в прика-зе, должны быть отражены в меддокументации пациента. Вы можете распорядиться выдать в отделения протоколы сравнений критериев оценки качества в приказе № 203н и клинреках. Врачи обязаны будут учесть и требования клинреков, и требования приказа.

Критерии качества в приказе № 203н противоречат клинрекам. Это критическая ситуация. Здесь необходимо:

- повторно тщательно изучить оба документа;
- проконсультироваться с профильными специалистами и юристами;
- быть готовым обосновать отклонение от критериев оценки качества.

Во всех таких случаях распорядитесь собирать лечеб-ную комиссию. Если она принимает решение отклониться от критериев по приказу № 203н, необходимо обосновать такое отклонение в протоколе заседания.

4. Проведите инструктажи по отделениям

Для всех случаев расхождений поручите провести инструктажи по отделениям. Завотделениями должны выдать врачам-специалистам готовые протоколы срав-нения критериев оценки качества по приказу №203н и по клинрекомендациям.

Врачам нужно разъяснить, что учитывать критерии по приказу № 203н следует во всех случаях, когда они

не противоречат клинрекам. Если наблюдаются противоречия между клинреками и критериями, необходимо собирать врачебную комиссию.

5. Обратитесь в ТФОМС или местный минздрав

Когда собрали все случаи расхождений, можете составить обращение в местный терфонд ОМС. Обращение поручите составить начмеду или руководителю службы качества совместно с юротделом. Помимо ТФОМС, такое письмо можно адресовать территориальному органу Росздравнадзора, региональному минздраву, а также профессиональным медицинским ассоциациям, которые разрабатывают клинрекомендации.

Результатом этого этапа станет ответ ТФОМС или другого регионального органа, который вы сможете предъявить при проведении ЭКМП.

Проведите ВКК и оформите результаты

Распорядитесь выдать в отдел качества:

- чек-листы по критериям;
- протоколы сравнения чек-листов с короткими версиями клинрекомендаций.

Совет

Будьте готовы к тому, что ответ ТФОМС не даст конкретики. Он может звучать так: «Проверки проводятся в соответствии с действующим законодательством, включая нормы Федерального закона № 323-ФЗ и приказа № 203н». В любом случае, такой ответ станет дополнительным доводом для

проверяющих, что клиника предприняла все возможные действия, чтобы исполнить законодательство.

Помимо этого, важно понимать, что практика регионов может различаться. Хотя правила федеральные, интерпретация и строгость проверок могут варьироваться.

Отдел качества должен провести целевую проверку по всем отделениям, выявить недостатки по каждому чек-листу и изучить решения врачей по всем случаям расхождений в протоколах сравнения. Пусть служба качества также изучит отчеты по ВКК за прошлые периоды и выделит случаи, которые трудно оценить однозначно или которые ранее оценивались по условиям оказания медпомощи.

Результатом этого этапа станет подробный отчет по ВКК. Его вы предъявите, когда страховая компания придет проводить ЭКМП.

Подготовьте документацию для ТФОМС и страховых

Основное внимание при подготовке к проверке качества оказанной медпомощи следует уделять грамотному оформлению медицинских документов. Медицинская документация – это основной предмет контроля качества оказания медпомощи. Все документы клиники можно поделить на две категории:

- можно подготовить заранее, один раз за период;
- нельзя подготовить заранее, оформляются в процессе лечения.

Гарантированно пройти проверку с минимальными нареканиями можно только при условии реальной, систематической и качественной работы медицинской организации по всем направлениям (организация медпомощи, кадры, безопасность, ведение документации, ВКК). Грамотная подготовка документации значительно снижает риски и упрощает прохождение проверки.

Проверяющие из СМО и ТФОМС будут запрашивать для ЭКМП пять групп документов:

1. Организационно-правовая документация.
2. Документация по внутреннему контролю качества.
3. Медицинская документация (первичная).

4. Кадровая документация.

5. Документация по обеспечению безопасности.

Что именно проверят в каждой группе, найдете ниже.

1. Организационно-правовая документация

Запрашивается в начале проверки для подтверждения легитимности работы клиники → 34.

Скачайте в электронной книге образцы документов:

- Устав медицинской организации
- Приказ об утверждении уполномоченных по ВКК
- Типовой договор на оказание и оплату медпомощи по обязательному медицинскому страхованию
- Номенклатура медицинских услуг

2. Документация по ВКК

Это ключевой блок для оценки системы управления качеством в МО. Проверяющие будут смотреть, как клиника сама выявляет и исправляет свои ошибки → 36.

Памятка. Общие принципы для успешного прохождения проверки

- 1. Актуальность.** Все документы должны быть действующими, своевременно обновляться.
- 2. Полнота.** Документы должны быть заполнены без пропусков.
- 3. Обоснованность.** Каждое действие, диагноз, назначение должны иметь четкое медицинское обоснование.
- 4. Соответствие НПА.** Вся деятельность и документация должны соответствовать действующим нормативным правовым актам.
- 5. Читаемость.** Разборчивый почерк (для рукописных документов), четкая структура.
- 6. Системность.** Документы ВКК должны показывать, что система контроля работает, а не существует только на бумаге.
- 7. Конфиденциальность.** Клиника обязана соблюдать законодательство о защите персональных данных.

Организационно-правовая документация, которую проверяют при ЭКМП

Вид документации	Что проверяют	Как подготовить
Устав медицинской организации	Основные цели и виды деятельности, соответствие уставной деятельности фактически оказываемым услугам	Убедитесь, что устав актуален и зарегистрирован
Лицензии на осуществление медицинской деятельности	Наличие действующей лицензии на все виды оказываемых медицинских услуг, по которым проверяется деятельность. Адреса мест осуществления деятельности должны совпадать с фактическими	Проверьте доступность копий лицензий с приложениями (перечень работ/услуг. Проверьте сроки действия
Свидетельство о государственной регистрации юридического лица и постановке на учет в налоговом органе	Подтверждение правосубъектности	Проверьте копии свидетельств
Приказы главного врача: об утверждении организационной структуры МО: о назначении ответственных лиц (например, по ВКК, по обращению с отходами, по пожарной безопасности); об утверждении правил внутреннего трудового распорядка	Наличие локальной нормативной базы и ответственных	Должны быть актуальными, подписанными, с датами и номерами
Договоры на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС со СМО и ТФОМС	Подтверждение участия МО в программе ОМС	Проверьте наличие действующих договоров
Номенклатура медицинских услуг	Соответствие оказываемых услуг утвержденной номенклатуре	Проверьте наличие документа

Скачайте в электронной книге образцы документов:

- Приказ и положение о ВКК и БМД
- План проведения проверок ВКК и БМД в стационаре
- Карта экспертной оценки качества медицинской помощи
- Образец квартального отчета по ВКК и БМД
- Пример отчета об аудите с корректирующими мероприятиями

- План корректирующих мероприятий по итогам внутреннего аудита идентификации
- Журнал инструктажа сотрудников по экспертизе временной нетрудоспособности
- Протокол заседания ВК по жалобе пациента
- Протокол внепланового заседания врачебной комиссии по контролю качества оказания медпомощи

3. Первичная медицинская документация

Этот блок проверяется выборочно по конкретным случаям, которые могут быть выбраны СМО или ТФОМС по реестрам счетов, жалобам, исходам лечения → 37.

Скачайте в электронной книге формы и образцы мед-документов:

- Медицинская карта амбулаторного пациента. Форма 025/у
- Медкарта стационарного пациента (форма № 003/у)
- Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
- Информированное добровольное согласие на консультации с применением телемедицинских технологий
- Лист врачебных назначений и их исполнения
- Журнал учета перевязочного материала
- Направление на консультацию медицинского психолога
- Направление на эндоскопическое исследование
- Протокол заседания ВК по жалобе пациента
- Протокол внепланового заседания врачебной комиссии по контролю качества оказания медпомощи

4. Кадровая документация

Подтверждает квалификацию персонала, оказывающего медпомощь → 38.

5. Документация по обеспечению безопасности

Дополнительно проверяющие могут запросить журналы учета и технического обслуживания медицинского

Документация по ВКК, которую проверяют при ЭКМП

Вид документации	Что проверяют	Как подготовить
Приказ об организации и проведении ВКК и безопасности медицинской деятельности	Сам факт создания системы, назначение ответственных. Дату, номер, Ф. И. О. и должности ответственных, ссылку на приказ № 785н	Проверьте актуальность приказа и наличие подписей
Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности	Соответствие приказу № 785н. Полноту и логичность регламентации	Проверьте наличие и актуальность документа, должен быть утвержден главврачом
План проведения внутреннего контроля качества	Систематичность проведения контроля, охват всех важных направлений, методы контроля, сроки проведения, ответственных	Подготовьте план на текущий год и предыдущий год. Должен быть утвержден главврачом
Карты экспертной оценки медицинской документации (экспертные заключения)	Объективность, полноту, конкретность выводов. Наличие обоснования. Заполнение всех граф	Проверьте наличие. Должны быть заполнены по каждому случаю ВКК. Пример: «Акт экспертизы качества медицинской помощи», «Карта экспертизы»
Протоколы заседаний Комиссии по ВКК	Регулярность заседаний, принятие конкретных решений по результатам контроля, а не формальность	Проверьте наличие всех протоколов за проверяемый период
Сводные (периодические, годовые) отчеты о результатах ВКК	Анализ, а не просто констатацию фактов. Принятие решений, направленных на улучшение	Подготовьте отчеты за проверяемый период
Приказы главного врача по результатам ВКК	Приказы, подтверждающие выполнение решений, например о проведении внепланового обучения	Подготовьте подтверждающие документы
Документы, подтверждающие выполнение корректирующих	Протоколы обучения, журналы инструктажей, обновленные СОПы, протоколы конференций, сертификаты о повышении квалификации	Подготовьте подтверждающие документы
Стандартные операционные процедуры (СОПы), внутренние протоколы, алгоритмы	Наличие внутренних стандартов, соответствие КР, критериям качества медпомощи и порядкам оказания медпомощи	Проверьте, что разработали такие документы для наиболее частых или рискованных процедур

Первичная меддокументация, которую проверяют при ЭКМП

Вид документации	Что проверяют	Как подготовить
Медицинские карты: амбулаторного больного — форма № 025/у, стационарного больного — форма № 003/у, история развития ребенка — форма № 112/у	Полноту, достоверность и своевременность заполнения Обоснованность диагноза, обследования, лечения Соответствие оказанной помощи клиническим рекомендациям, критериям качества медпомощи, порядкам Отсутствие дефектов (несвоевременность, неполнота обследования / лечения, неверная тактика, дефекты оформления) Логичность и преемственность в процессе оказания помощи Читаемость почерка	Обеспечьте аккуратное, подробное, своевременное и обоснованное ведение медкарт
Информированные добровольные согласия (ИДС) на медицинские вмешательства	Наличие ИДС на все ключевые вмешательства, операции, анестезию, инвазивные процедуры, госпитализацию	Проверьте наличие ИДС. Должны быть оформлены до проведения вмешательства, подписаны пациентом (или его представителем) и врачом
Листы назначений (стационар)	Соответствие назначениям в истории болезни, правильность заполнения, отсутствие исправлений	Обеспечьте аккуратное ведение листов
Журналы учета (процедурный, перевязочный, операционный и другие)	Соответствие записей в журналах записям в медицинских картах. Соблюдение правил учета и хранения	Обеспечьте регулярное и аккуратное ведение, без исправлений
Направления на консультации, обследования, госпитализацию (форма № 057/у)	Обоснованность направления, качество заполнения	Контролируйте наличие четкого обоснования в медкартах для каждого направления
Протоколы заседаний врачебных комиссий	Наличие протоколов по всем случаям, где требуется решение ВК. Обоснованность решений	Проверьте наличие всех протоколов за проверяемый период, их соответствие приказу № 180н

оборудования, документы по утилизации медицинских отходов, документы по эпидбезопасности (протоколы контроля стерилизации, дезинфекции, журналы учета ВБИ). Эти документы нужно также подготовить заранее, чтобы не искать, когда придет проверка.

Кадровые документы, которые проверяют при ЭКМП

Вид документации	Что проверяют	Как подготовить
Трудовые договоры с медицинскими работниками	Факт трудоустройства	Заранее поручите отделу кадров подготовить отдельную папку
Дипломы, сертификаты специалиста, свидетельства об аккредитации, удостоверения о повышении квалификации	Наличие действующего сертификата/аккредитации по специальности, по которой врач оказывает помощь	Копии должны быть доступны. Отслеживайте сроки действия
Должностные инструкции медицинских работников	Распределение функциональных обязанностей, ответственность	Должны быть утверждены и подписаны сотрудниками

Приложение

Исходная рекомендация — Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия — https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/777_1.

Внутренний порядок оказания медпомощи взрослым

Название медицинской организации Название департамента/ отделения/ лабора- тории;	«Городская поликлиника №XXX» Терапевтические отделения, Неврологический кабинет
Название документа:	Внутренний порядок (ВП) оказания медицинской помощи взрослым: «Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия»



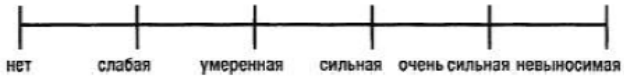
Разработчики:	Утверждено	М.Г. Карайланов
Иванов П.Н. заместитель главного врача по ККМП	Дата утверждения	01.04.2024
Иванова Л.Д. — заведующий поликлиническим отделением	Согласовано	П.Н. Иванов
Иванова И.Н. — заведующий ООВП	Дата согласования	01.04.2024
Иванова Ю.В. — заведующий терапевтическим отделением	Ответственный за испол- нение	Л.Д. Иванова
	Введен в действие	01.05.2024
	Сотрудник, отвечающий за выполнение процедуры	

Нозология	Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия	
Источник	Клинические рекомендации: «Дискогенная пояснично-крест- цовая радикулопатия» Год утверждения (частота пересмотра):2023 (2025) Возрастная категория: Взрослые Пересмотр не позднее:2025 Разработчик клинической рекомендации: МОО «Общество по изучению боли» Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ	ID:777
МКБ-10	M51.1 - Поражения межпозвонковых дисков поясничного и других отделов с радикулопатией G55.1* - Сдавления нервных корешков и сплетений при нару- шениях межпозвонковых дисков (* не применяется в качестве самостоятельного шифра)	

Как работать по клиническим рекомендациям в соответствии с новыми критериями оценки качества медпомощи

Нозология	Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия							
Классификация	Выделяют ДПКР: – острую (до 4 недель), – подострую (в период после 4 и до 12 недель) – хроническую (после 12 недель).	ВОЗ, 1999						
Проявления	Основные клинические проявления ДПКР: 1. боль в нижней части спины с иррадиацией в ногу; 2. чувствительные расстройства в соответствующих дерматомах; 3. слабость в соответствующих миотомах (индикаторных мышцах); 4. снижение или отсутствие коленного либо ахиллова рефлексов; 5. положительные симптомы натяжения корешков.							
Диагностика	Постановка диагноза ДПКР рекомендуется на основании триады: 1) По данным жалоб, анамнеза и обследования (таблицы 1,2) не выявлено признаков,сторажаивающих в отношении специфических причин боли в спине; 2) При клиническом обследовании с оценкой неврологического статуса выявлены признаки ДПКР, положительные тесты натяжения; 3) Результаты нейровизуализации (при их наличии) имеют прямую корреляцию с клинической картиной (локализация грыжи диска соотносится с зонами иррадиации боли и распределения чувствительных расстройств, слабостью в «индикаторных» мышцах, выпадением соответствующих рефлексов. – При сборе жалоб и анамнеза у пациентов с подозрением на ДПКР рекомендуется использование краткого опросника на выявление признаков так называемых «специфических» причин заболевания с целью выбора дальнейшей тактики ведения больного: Таблица 1. Симптомы опасности («красные флажки») при болях в спине. <table><tr><td>Возраст</td><td>Моложе 18 лет и старше 50 лет</td></tr><tr><td>Анамнез</td><td>Наличие недавней травмы спины; Наличие злокачественного новообразования (даже в случае радикального удаления опухоли); Длительное использование глюкокортикоидов (ГК); Наркомания; ВИЧ-инфекция; Иммунодепрессивное состояние; Периодически возникающее плохое самочувствие; Необъяснимая потеря веса</td></tr><tr><td>Характер и локализация боли</td><td>Постоянно прогрессирующая боль, которая не облегчается в покое («немеханическая» боль); Боль в грудной клетке; Необычная локализация боли: в промежности, прямой кишке, животе, влагалище; Связь боли с дефекацией, мочеиспусканием, половым актом</td></tr></table>	Возраст	Моложе 18 лет и старше 50 лет	Анамнез	Наличие недавней травмы спины; Наличие злокачественного новообразования (даже в случае радикального удаления опухоли); Длительное использование глюкокортикоидов (ГК); Наркомания; ВИЧ-инфекция; Иммунодепрессивное состояние; Периодически возникающее плохое самочувствие; Необъяснимая потеря веса	Характер и локализация боли	Постоянно прогрессирующая боль, которая не облегчается в покое («немеханическая» боль); Боль в грудной клетке; Необычная локализация боли: в промежности, прямой кишке, животе, влагалище; Связь боли с дефекацией, мочеиспусканием, половым актом	УУР/ УДД C5 <
Возраст	Моложе 18 лет и старше 50 лет							
Анамнез	Наличие недавней травмы спины; Наличие злокачественного новообразования (даже в случае радикального удаления опухоли); Длительное использование глюкокортикоидов (ГК); Наркомания; ВИЧ-инфекция; Иммунодепрессивное состояние; Периодически возникающее плохое самочувствие; Необъяснимая потеря веса							
Характер и локализация боли	Постоянно прогрессирующая боль, которая не облегчается в покое («немеханическая» боль); Боль в грудной клетке; Необычная локализация боли: в промежности, прямой кишке, животе, влагалище; Связь боли с дефекацией, мочеиспусканием, половым актом							

Нозология	Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия																									
	<p>Таблица 2. Некоторые симптомы опасности, их возможные причины и рекомендуемая врачебная тактика у пациентов с болью в спине</p> <table> <tr> <th>Симптомы опасности</th><th>Возможные причины боли</th><th>Врачебная тактика</th></tr> <tr> <td>Злокачественное новообразование в анамнезе; необъяснимая потеря массы тела; возраст старше 50 лет; появление или усиление боли в покое, в ночное время</td><td>Злокачественное новообразование</td><td>МРТ или КТ позвоночника (один отдел), в части случаев – скинтиграфия костей всего тела, позитронная эмиссионная томография (ПЭТ) костей, совмещенная с КТ всего тела, консультация врача-онколога</td></tr> <tr> <td>Лихорадка, недавно перенесенное инфекционное заболевание, парентеральное употребление наркотиков</td><td>Инфекционное поражение позвонков или дисков</td><td>Рентгенография поясничного и крестцового отделов позвоночника, рентгенография позвоночника с функциональными пробами, МРТ или КТ позвоночника (один отдел), консультация врача-фтизиатра, врача-инфекциониста</td></tr> <tr> <td>Тазовые расстройства, парезы конечностей, анестезия промежности</td><td>Синдром поражения корешков конского хвоста</td><td>МРТ или КТ позвоночника (один отдел), срочная консультация врача-нейрохирурга</td></tr> <tr> <td>Наличие признаков остеопороза, прием ГК, возраст старше 50 лет, недавняя травма спины</td><td>Компрессионный перелом позвоночника</td><td>Рентгенография поясничного и крестцового отдела позвоночника, рентгенография позвоночника с функциональными пробами, МРТ или КТ позвоночника (один отдел), ультразвуковая денситометрия, рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника, консультация врача-ревматолога</td></tr> <tr> <td>Утренняя скованность, молодой возраст, пробуждение во второй половине ночи из-за боли, улучшение после физических упражнений на фоне приема НПВП</td><td>Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева)</td><td>Рентгенография поясничного и крестцового отделов позвоночника, рентгенография позвоночника с функциональными пробами, консультация врача-ревматолога</td></tr> <tr> <td>Наличие пульсирующего образования в брюшной полости</td><td>Аневризма брюшного отдела аорты</td><td>Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное). КТ органов брюшной полости, консультация врача-хирурга</td></tr> <tr> <td>Выраженная или нарастающая слабость в ногах</td><td>Поясничный стеноз</td><td>МРТ или КТ позвоночника (один отдел), консультация врача-нейрохирурга</td></tr> </table>	Симптомы опасности	Возможные причины боли	Врачебная тактика	Злокачественное новообразование в анамнезе; необъяснимая потеря массы тела; возраст старше 50 лет; появление или усиление боли в покое, в ночное время	Злокачественное новообразование	МРТ или КТ позвоночника (один отдел), в части случаев – скинтиграфия костей всего тела, позитронная эмиссионная томография (ПЭТ) костей, совмещенная с КТ всего тела, консультация врача-онколога	Лихорадка, недавно перенесенное инфекционное заболевание, парентеральное употребление наркотиков	Инфекционное поражение позвонков или дисков	Рентгенография поясничного и крестцового отделов позвоночника, рентгенография позвоночника с функциональными пробами, МРТ или КТ позвоночника (один отдел), консультация врача-фтизиатра, врача-инфекциониста	Тазовые расстройства, парезы конечностей, анестезия промежности	Синдром поражения корешков конского хвоста	МРТ или КТ позвоночника (один отдел), срочная консультация врача-нейрохирурга	Наличие признаков остеопороза, прием ГК, возраст старше 50 лет, недавняя травма спины	Компрессионный перелом позвоночника	Рентгенография поясничного и крестцового отдела позвоночника, рентгенография позвоночника с функциональными пробами, МРТ или КТ позвоночника (один отдел), ультразвуковая денситометрия, рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника, консультация врача-ревматолога	Утренняя скованность, молодой возраст, пробуждение во второй половине ночи из-за боли, улучшение после физических упражнений на фоне приема НПВП	Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева)	Рентгенография поясничного и крестцового отделов позвоночника, рентгенография позвоночника с функциональными пробами, консультация врача-ревматолога	Наличие пульсирующего образования в брюшной полости	Аневризма брюшного отдела аорты	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное). КТ органов брюшной полости, консультация врача-хирурга	Выраженная или нарастающая слабость в ногах	Поясничный стеноз	МРТ или КТ позвоночника (один отдел), консультация врача-нейрохирурга	B3
Симптомы опасности	Возможные причины боли	Врачебная тактика																								
Злокачественное новообразование в анамнезе; необъяснимая потеря массы тела; возраст старше 50 лет; появление или усиление боли в покое, в ночное время	Злокачественное новообразование	МРТ или КТ позвоночника (один отдел), в части случаев – скинтиграфия костей всего тела, позитронная эмиссионная томография (ПЭТ) костей, совмещенная с КТ всего тела, консультация врача-онколога																								
Лихорадка, недавно перенесенное инфекционное заболевание, парентеральное употребление наркотиков	Инфекционное поражение позвонков или дисков	Рентгенография поясничного и крестцового отделов позвоночника, рентгенография позвоночника с функциональными пробами, МРТ или КТ позвоночника (один отдел), консультация врача-фтизиатра, врача-инфекциониста																								
Тазовые расстройства, парезы конечностей, анестезия промежности	Синдром поражения корешков конского хвоста	МРТ или КТ позвоночника (один отдел), срочная консультация врача-нейрохирурга																								
Наличие признаков остеопороза, прием ГК, возраст старше 50 лет, недавняя травма спины	Компрессионный перелом позвоночника	Рентгенография поясничного и крестцового отдела позвоночника, рентгенография позвоночника с функциональными пробами, МРТ или КТ позвоночника (один отдел), ультразвуковая денситометрия, рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника, консультация врача-ревматолога																								
Утренняя скованность, молодой возраст, пробуждение во второй половине ночи из-за боли, улучшение после физических упражнений на фоне приема НПВП	Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева)	Рентгенография поясничного и крестцового отделов позвоночника, рентгенография позвоночника с функциональными пробами, консультация врача-ревматолога																								
Наличие пульсирующего образования в брюшной полости	Аневризма брюшного отдела аорты	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное). КТ органов брюшной полости, консультация врача-хирурга																								
Выраженная или нарастающая слабость в ногах	Поясничный стеноз	МРТ или КТ позвоночника (один отдел), консультация врача-нейрохирурга																								
	– Для оценки тяжести состояния и эффективности лечения пациентам с ДПКР рекомендуется оценка интенсивности боли, как на момент обращения, так и в динамике. Для																									

Нозология	Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия	
	<p>этого могут быть использованы стандартизированные шкалы:</p> <ul style="list-style-type: none"> – визуально-аналоговая шкала (ВАШ или VAS),  <ul style="list-style-type: none"> – числовая рейтинговая шкала (ЧРШ или NRS),  <ul style="list-style-type: none"> – вербальная ранговая шкала (ВРШ или VRS)  <ul style="list-style-type: none"> – Для оценки выраженности нарушенных функций, динамики заболевания и эффективности проводимого лечения при ДПКР рекомендуется использование вопросников: <ul style="list-style-type: none"> – Освестри; – Роланда-Морриса; <p><u>Лабораторная:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – При ДПКР не рекомендованы лабораторные исследования, если нет признаков специфической причины БНЧС (перелом позвоночника, инфекционное, системное воспалительное, онкологическое или другое заболевание). <p><u>Инструментальная:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Пациентам с проявлениями ДПКР рекомендуется магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел) при наличии симптомов опасности («красных флажков») – Если МРТ противопоказана, рекомендуется компьютерная томография позвоночника (один отдел), КТ-миелография (компьютерная томография позвоночника с внутривенным контрастированием (один отдел)) с целью исключения специфического заболевания – Экстренное проведение МРТ или КТ позвоночника (один отдел), КТ позвоночника с внутривенным контрастированием (один отдел) рекомендуется при обнаружении синдрома поражения конского хвоста (нарушения функции тазовых органов, утрата чувствительности в промежности, прогрессирующий парез обеих ног) с целью определения дальнейшей тактики лечения – При отсутствии симптомов опасности («красных флажков») и типичной клинической картине, проведение МР или КТ томографии (один отдел) или рентгенографии поясничного и крестцового отдела позвоночника в течение первых 4-х недель не рекомендуется. 	<p>B3</p> <p>C5</p> <p>C5</p> <p>C5</p> <p>C5</p> <p>A2</p> <p>C5</p>

Нозология	Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия	
	<ul style="list-style-type: none"> – Если в течение 4-6 недель не наблюдается улучшения состояния (регресса боли и других неврологических нарушений), то рекомендуется проведение МР или КТ томографии пояснично-крестцового отдела позвоночника (один отдел), для исключения специфической причины заболевания и для направления на консультацию к врачу-нейрохирургу, если обнаруживается клинически значимая грыжа диска. – Выполнение МР или КТ томографии позвоночника (один отдел), рекомендуется в ранние сроки (в течение 4-х недель) если: <ul style="list-style-type: none"> – у пациента нарастают неврологические нарушения или сохраняется сильная боль на фоне терапии, с целью исключения специфического заболевания; – планируется эпидуральное введение ГК и местных анестетиков, с целью определения размера и локализации грыжи диска, уровня вмешательства. <p><u>Дополнительные исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Другие инструментальные методы диагностики рекомендуемые только у пациентов с нечеткой клинической картиной ДПКР, для исключения поражения спинного мозга и других заболеваний периферической нервной системы: <ul style="list-style-type: none"> – электронейромиография (ЭНМГ) игольчатыми электродами (один нерв), электронейромиография стимуляционная одного нерва, электромиография (ЭМГ) игольчатая (одна мышца), электромиография накожная (одна анатомическая зона); – регистрация соматосенсорных вызванных потенциалов двигательных нервов (ССВП). – При хронической ДПКР рекомендуется оценка психологических и социальных факторов боли, потому что при их наличии уточняется прогноз заболевания, могут быть использованы эффективные психологические методы терапии 	<p>C5</p> <p>C5</p> <p>C5</p>
Лечение	<p>Консервативное</p> <p><u>Нелекарственное</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Рекомендуется информировать пациента о доброкачественном характере заболевания, вероятности постепенного улучшения в течение 4-6 недель, возможности самопроизвольного регресса грыжи диска, целесообразности сохранять переносимую физическую, социальную и профессиональную активность и избегать длительного постельного режима, потому что это улучшает естественное течение заболевания. – В тех случаях, когда пациенты вследствие интенсивной боли вынуждены соблюдать постельный режим, его продолжительность не должна превышать 3-5 дней. Более длительный постельный режим ухудшает течение заболевания. – Целесообразно разъяснить пациенту, что он может соблюдать непродолжительный постельный режим при интенсивной боли, но это — способ уменьшить боль, а не метод лечения. – Лечебная физкультура при заболеваниях периферической нервной системы рекомендуется пациентам с ДПКР при ослаблении боли потому что она способна уменьшить боль 	<p>УУР/ УДД</p> <p>B2</p> <p>A1</p>

Как работать по клиническим рекомендациям в соответствии с новыми критериями оценки качества медпомощи

Нозология	Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия	
	<p>и улучшить функциональное состояние пациентов. Не отмечено преимуществ определенного типа упражнений, при её проведении необходим контроль специалиста, нагрузка должна быть адекватной состоянию пациента. Сохранение физической активности достоверно способствует выздоровлению, положительно влияет на общее состояние пациентов.</p> <p>– Мануальная терапия при заболеваниях периферической нервной системы рекомендуется пациентам с подострой и хронической ДПКР, так как её проведение может уменьшить боль и улучшить функциональное состояние пациентов. При острой ДПКР проведение мануальной терапии связано с риском увеличения размеров грыжи по данным МРТ.</p> <p>– Психологические методы терапии, включающие когнитивно-поведенческую терапию и терапию осознанности («mindfulness») (клинико-психологическая адаптация, клинико-психологическое консультирование, клинико-психологическая коррекция, клинико-психологический тренинг), рекомендуются у пациентов с хронической ДПКР, потому что они уменьшают боль и улучшают функциональное состояние пациентов с хронической болью в спине. Психологические методы лечения необходимо комбинировать с лечебной физкультурой.</p> <p>– Рефлексотерапия при заболеваниях периферической нервной системы рекомендуется при хронической ДПКР, потому что может уменьшить боль и улучшить функциональное состояние пациентов.</p> <p>– Массаж мышц поясницы и нижних конечностей (массаж нижней конечности медицинский, массаж нижней конечности и поясницы, массаж пояснично-крестцового отдела позвоночника, массаж спины медицинский) рекомендуется у пациентов с хронической ДПКР.</p> <p>– Различные методы физиотерапевтического лечения - отмечена эффективность воздействия импульсным низкочастотным электромагнитным полем при хронической ДПКР, этот метод рекомендуется в рамках комбинированной терапии с целью снижения интенсивности боли и улучшения нарушенных функций.</p> <p>– Вытяжение (скелетное, подводное, тракционное вытяжение позвоночника) не рекомендуется при ДПКР, так как не получено доказательств его эффективности.</p> <p>– Ношение корсетов, бандажей, поясов и других специальных ортопедических приспособлений, фиксирующих пояснично-крестцовый отдел позвоночника, не рекомендуется пациентам с ДПКР, так как эти методы не облегчают боль и не улучшают функциональную активность пациентов. Ношение корсетов, бандажей, поясов и других специальных приспособлений рекомендуется в случае наличия показаний к</p> <p>– ортопедической коррекции, независимо от наличия ДПКР.</p> <p><u>Лекарственная терапия</u></p> <p>– Нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты (НПВП); (препараты, обладающие обезболивающим, противовоспалительным и жаропони-</p>	<p>A1</p> <p>B1</p> <p>A1</p> <p>A1</p> <p>B2</p> <p>A1</p> <p>C5</p> <p>A1</p> <p>B2</p>

Нозология	Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия	
	<p>жающим действием) рекомендуются у пациентов с острой, подострой или обострением ДПКР (УДД – 1, УУР - А).</p> <ul style="list-style-type: none"> – рекомендуется назначать НПВП в эффективных дозах, на минимально необходимое число дней для того, чтобы снизить риск возникновения побочных эффектов. – в настоящее время не установлено достоверного преимущества какого-либо одного НПВП перед другими в отношении облегчения боли в спине. – предпочтительнее использование пероральных форм НПВП, поскольку парентеральное применение не имеет преимуществ в отношении эффективности, но существенно уступает в безопасности. – при острой высокоинтенсивной боли возможно кратковременное использование комбинированного препарата, содержащего диклофенак + орфенадрин. – Противозипелитические препараты (габапентин, прегабалин) рекомендуются для уменьшения острой и хронической боли при ДПКР, учитывая их положительный эффект при невропатической боли. – Антидепрессанты (неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов: амитриптилин; дулоксетин) рекомендуются у пациентов с хронической ДПКР. Прием антидепрессантов наиболее обоснован при выявлении сопутствующего депрессивного расстройства. – Витамины группы В (Витамин В1 в комбинации с витаминами В6 и/или В12) рекомендуется при острой ДПКР в комбинации с НПВП для уменьшения боли. – Миорелаксанты центрального действия (толперизон, тизанидин, циклобензаприн) рекомендуются при ДПКР, если имеются дополнительные скелетно-мышечные причины боли. Миорелаксанты не комбинируют друг с другом. Следует учитывать возможный седативный эффект миорелаксантов. – Глюкокортикоиды (глюкокортикоиды внутрь, внутримышечно или внутривенно не рекомендуются при ДПКР, потому что они лишь кратковременно снижают боль и могут вызывать серьезные нежелательные явления. – Парацетамол и другие анальгетики и антипиретики не рекомендуются в качестве самостоятельного средства лечения при ДПКР, потому что нет убедительных доказательств его эффективности при болях в спине. – Опиоиды, не рекомендуются при ДПКР, потому что их эффект кратковременен, возможны серьезные нежелательные явления и лекарственная зависимость. Тем не менее, ряд опиоидов, например, трамадол, тапентадол, рекомендуются для купирования непереносимой высокоинтенсивной боли при невозможности это сделать другим способом. 	<p>A2</p> <p>B2</p> <p>B1</p> <p>A1</p> <p>A1</p> <p>B1</p> <p>B1</p>
	<p>Хирургическое лечение</p> <ul style="list-style-type: none"> – Дискэктомия с использованием микрохирургической техники открытая или малоинвазивная (эндоскопическая) рекомендуется пациентам с ДПКР, если в течение 6-12 недель нет эффекта от консервативной терапии, потому что доказано её преимущество в отношении снижения боли и улучшения функциональной активности пациентов в сравнении с продолжением консервативного лечения. 	<p>A2</p>

Нозология	Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия	
	<p>Дискэктомия с использованием микрохирургической техники реже, чем другие спинальные операции, приводит к летальному исходу, вызывает появление или нарастание неврологического дефицита, сопровождается раневыми осложнениями. Частота повторных операций может достигать 10%.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Экстренное хирургическое лечение рекомендуется в ранние сроки (первые дни заболевания) при наличии синдрома поражения корешков конского хвоста (нарушение функции тазовых органов, онемение в промежности, слабость в стопах), потому что оно снижает боль и предупреждает инвалидность. <p>Результаты хирургического лечения хуже, если при ДПКР имеются проявления депрессии, психосоциального дистресса. Не доказано, что хирургическое лечение эффективнее, чем консервативная терапия, в отношении уменьшения боли и повышения функциональной активности в отдаленном периоде (1-4 года) со времени начала заболевания. Пациенты, которым предлагается хирургическое лечение, должны быть информированы о рисках осложнений, связанных с операцией, возможности полного выздоровления и без оперативного лечения.</p>	B2
	<p>Иное лечение</p> <ul style="list-style-type: none"> – Эпидуральное введение (ЭВ) глюкокортикоидов рекомендуется пациентам с острой и подострой ДПКР, потому что оно может привести к снижению боли и улучшению функциональной активности пациентов. – ЭВ ГК целесообразно при значительной интенсивности боли и в ранние сроки заболевания. – Выявленные нежелательные эффекты ГК при ЭВ минимальны или отсутствуют. – Возможны различные методы введения ГК (каудальный, трансфораминальный, интраламинарный). – ЭВ ГК целесообразно под рентгеновским или ультразвуковым контролем, который повышает точность процедуры. – ЭВ ГК дозы следует проводить не более чем на уровне двух нервных корешков во время одной процедуры и не чаще 4-х раз в год. – Электростимуляция спинного мозга рекомендуется у пациентов с хронической ДПКР, у которых не получено положительного эффекта от всех других методов лечения, включая микродискэктомию. – Введение различных лекарственных средств в межпозвонковый диск не рекомендуется при ДПКР, потому что не имеет убедительных доказательств эффективности и связано с риском осложнений. 	<p>УУР/ УДД</p> <p>A1</p> <p>B2</p> <p>C5</p>
Реабилитация и санаторно-курортное лечение	<ul style="list-style-type: none"> – Медицинская реабилитация рекомендуется всем пациентам с ДПКР. Реабилитация может включать лечебную физкультуру при заболеваниях периферической нервной системы, мануальную терапию при заболеваниях периферической нервной системы, воздействие импульсным низкочастотным электромагнитным полем. – Санаторно-курортное лечение рекомендуется пациентам с хронической ДПКР и может включать ванны минеральные- 	<p>УУР/ УДД</p> <p>B2</p> <p>B1</p>

Как работать по клиническим рекомендациям в соответствии с новыми критериями оценки качества медпомощи

Нозология	Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия	
	лечебные и пелоидотерапию (грязелечение). Противопоказаны при сопутствующих онкологических заболеваниях, снижении свертываемости крови, сердечно-сосудистых заболеваниях с выраженными функциональными нарушениями, доброкачественных новообразованиях, склонных к росту.	
Профилактика и диспансерное наблюдение	<ul style="list-style-type: none"> – Для предупреждения ДПКР рекомендуется избегать чрезмерных физических нагрузок (подъем тяжестей, ношение тяжелой сумки в одной руке и др.) и переохлаждения. – Пациентам с ДПКР рекомендуется исключение длительных статических нагрузок (длительное сидение, пребывание в неудобном положении и др.) – Для предупреждения повторений ДПКР рекомендуются регулярные занятия лечебной физкультурой, лечебное плавание в бассейне, терренное лечение (лечение ходьбой). 	<p>A1</p> <p>A1</p> <p>A1</p>
Госпитализация	<p><u>Показания для плановой госпитализации:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Отсутствие эффекта от амбулаторной консервативной терапии; – Наличие пареза нижней конечности; – Выраженная инвалидизация из-за боли. <p><u>Показания для экстренной госпитализации:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Подозрение на синдром компрессии корешков конского хвоста; – Подозрение на перелом позвоночника; – Подозрение на опухоль позвоночника или спинного мозга; – Подозрение на воспалительное заболевание позвоночника. <p><u>Показания к выписке пациента из стационара:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Снижение интенсивности боли по ВАШ, ВРШ или ЧРШ; – Уменьшение степени нарушения функций по вопроснику Роланда-Морриса или Освестри; – Отсутствие эффекта от лечения в неврологическом отделении, рекомендация хирургического лечения. 	
Дополнительные факторы	<ul style="list-style-type: none"> – Ожирение, курение, депрессия, тревога, катастрофизация состояния, нарушения сна относятся к модифицируемым факторам риска возникновения хронической боли. Рекомендуется своевременное выявление этих факторов у пациентов с ДПКР и воздействие на них, что улучшает прогноз выздоровления и является профилактикой возникновения последующих обострений. 	<p>УУР/ УДД</p> <p>C4</p>
Критерии оценки качества медицинской помощи	<ul style="list-style-type: none"> – При сборе жалоб и анамнеза у пациентов с подозрением на ДПКР рекомендуется использование краткого опросника на выявление признаков так называемых «специфических» причин заболевания с целью выбора дальнейшей тактики ведения больного – Проведена оценка интенсивности боли по ВАШ, ВРШ или ЧРШ в момент обращения и в динамике – Проведено соматическое обследование на предмет наличия «специфических» причин боли в спине – Проведено клиническое обследование с оценкой неврологического статуса и тестов натяжения – Проведена МРТ или КТ позвоночника (один отдел) или рентгенография поясничного и крестцового отдела позво- 	Да/Нет

Как работать по клиническим рекомендациям в соответствии с новыми критериями оценки качества медпомощи

Нозология	Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия	
	<p>ночника, рентгенография позвоночника с функциональными пробами при подозрении на наличие «специфических» причин боли в спине или при наличии других показаний</p> <ul style="list-style-type: none"> – Проведено информирование пациента о доброкачественной природе заболевания и высокой вероятности выздоровления – Назначена качественная рациональная анальгезия (по показаниям: НПВП, миорелаксанты центрального действия, витамины группы В, противосудорожные препараты, опиоиды, антидепрессанты) – Рекомендовано эпидуральное введение глюкокортикоидов пациентам с острой и подострой ДПКР – Рекомендованы способы профилактики – Рекомендованы методы реабилитации 	

Краткий алгоритм

Краткий алгоритм наблюдения	Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия	Амбулаторный этап, взрослые						
МКБ-10	M51.1 - Поражения межпозвонковых дисков поясничного и других отделов с радикулопатией G55.1* - Сдавления нервных корешков и сплетений при нарушениях межпозвонковых дисков (* не применяется в качестве самостоятельного шифра)							
Классификация	Выделяют ДПКР: – острую (до 4 недель), – подострую (в период после 4 и до 12 недель) – хроническую (после 12 недель).	ВОЗ, 1999						
Жалобы, анамнез и объективный статус	<div>– Оценка «Симптомов опасности»</div> <div>Таблица 1. Симптомы опасности («красные флажки») при болях в спине.</div> <table><tr><td>Возраст</td><td>Моложе 18 лет и старше 50 лет</td></tr><tr><td>Анамнез</td><td>Наличие недавней травмы спины; Наличие злокачественного новообразования (даже в случае радикального удаления опухоли); Длительное использование глюкокортикоидов (ГК); Наркомания; ВИЧ-инфекция; Иммунодепрессивное состояние; Периодически возникающее плохое самочувствие; Необъяснимая потеря веса</td></tr><tr><td>Характер и локализация боли</td><td>Постоянно прогрессирующая боль, которая не облегчается в покое («немеханическая» боль); Боль в грудной клетке; Необычная локализация боли: в промежности, прямой кишке, животе, влагалище; Связь боли с дефекацией, мочеиспусканием, половым актом</td></tr></table> <div>– Оценка болевой чувствительности и силы мышц – Оценка объемов движения позвоночника – Симптомы натяжения нервных стволов (Лассега, Мацкевича, Вассермана, Нери и др.) – Для оценки тяжести состояния и эффективности лечения пациентам с ДПКР рекомендуется оценка интенсивности боли, как на момент обращения, так и в динамике. Для этого могут быть использованы стандартизированные шкалы: – визуально-аналоговая шкала (ВАШ или VAS),</div> <div><div></div><div>нет боли</div><div>невыносимая боль</div></div>	Возраст	Моложе 18 лет и старше 50 лет	Анамнез	Наличие недавней травмы спины; Наличие злокачественного новообразования (даже в случае радикального удаления опухоли); Длительное использование глюкокортикоидов (ГК); Наркомания; ВИЧ-инфекция; Иммунодепрессивное состояние; Периодически возникающее плохое самочувствие; Необъяснимая потеря веса	Характер и локализация боли	Постоянно прогрессирующая боль, которая не облегчается в покое («немеханическая» боль); Боль в грудной клетке; Необычная локализация боли: в промежности, прямой кишке, животе, влагалище; Связь боли с дефекацией, мочеиспусканием, половым актом	<div>Исключить причины боли, не связанные с ДПКР</div> <div>Отмечать динамику</div>
Возраст	Моложе 18 лет и старше 50 лет							
Анамнез	Наличие недавней травмы спины; Наличие злокачественного новообразования (даже в случае радикального удаления опухоли); Длительное использование глюкокортикоидов (ГК); Наркомания; ВИЧ-инфекция; Иммунодепрессивное состояние; Периодически возникающее плохое самочувствие; Необъяснимая потеря веса							
Характер и локализация боли	Постоянно прогрессирующая боль, которая не облегчается в покое («немеханическая» боль); Боль в грудной клетке; Необычная локализация боли: в промежности, прямой кишке, животе, влагалище; Связь боли с дефекацией, мочеиспусканием, половым актом							

Как работать по клиническим рекомендациям в соответствии с новыми критериями оценки качества медпомощи

Краткий алгоритм наблюдения	Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия	Амбулаторный этап, взрослые
Обследования (диагностика)	<p><u>Лабораторная:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – При ДПКР не рекомендованы лабораторные исследования, если нет признаков специфической причины БНЧС (перелом позвоночника, инфекционное, системное воспалительное, онкологическое или другое заболевание). <p><u>Инструментальная:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Пациентам с проявлениями ДПКР рекомендуется магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел) при наличии симптомов опасности («красных флажков») и при обнаружении синдрома поражения конского хвоста (нарушения функции тазовых органов, утрата чувствительности в промежности, прогрессирующий парез обеих ног) – Если МРТ противопоказана, рекомендуется компьютерная томография позвоночника (один отдел), с целью исключения специфического заболевания – При отсутствии симптомов опасности («красных флажков») и типичной клинической картине, проведение МР или КТ томографии (один отдел) или рентгенографии поясничного и крестцового отдела позвоночника в течение первых 4-х недель не рекомендуется. – Если в течение 4-6 недель не наблюдается улучшения состояния (регресса боли и других неврологических нарушений), то рекомендуется проведение МР или КТ томографии пояснично-крестцового отдела позвоночника (один отдел), для исключения специфической причины заболевания и показаний для оперативного лечения. – Выполнение МР или КТ томографии позвоночника (один отдел), рекомендуется в ранние сроки (в течение 4-х недель) если: <ul style="list-style-type: none"> – Отсутствует эффект от лечения или сохраняется сильная боль; – планируется оперативное лечение. <p><u>Дополнительные исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Другие инструментальные методы диагностики рекомендуются только у пациентов с нечеткой клинической картиной ДПКР, для исключения поражения спинного мозга и других заболеваний периферической нервной системы: <ul style="list-style-type: none"> – электронейромиография (ЭНМГ) игольчатыми электродами (один нерв), электронейромиография стимуляционная одного нерва, электромиография (ЭМГ) игольчатая (одна мышца), электромиография накожная (одна анатомическая зона); – регистрация соматосенсорных вызванных потенциалов двигательных нервов (ССВП). – При хронической ДПКР рекомендуется оценка психологических и социальных факторов боли, потому что при их наличии уточняется прогноз заболевания, могут быть использованы эффективные психологические методы терапии 	<p>Но в стандарте КАК и ОАМ требуется 2 раза в 100%</p> <p>100% (10%)</p> <p>10%</p> <p>Но в стандарте Рентген п/кр. отдела позв. требуется 1 раз в 100%</p> <p>10%</p> <p>В стандарте рекомендован рентген, дополнительные методики и скинтиграфия 1 раз в 5-10%</p> <p>В стандарте — 1 раз в 100%</p>

Как работать по клиническим рекомендациям в соответствии с новыми критериями оценки качества медпомощи

Краткий алгоритм наблюдения	Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия	Амбулаторный этап, взрослые
Консультации (диагностика)	– Нейрохирург	По результатам МРТ (КТ)
Особенности диагноза (примеры)	<ul style="list-style-type: none"> – М54.1 Острая дискогенная радикулопатия L5 справа. Выраженный болевой синдром. ФН2 – М51.1 Хроническая вертеброгенная радикулопатия (радикулоишемия) L5-S1 слева. Умеренный болевой синдром. Парез левой стопы. ФН2 – М50.1 Дорсопатия. Цервикоторакалгия C5-C6-Th1 справа. Легкий болевой синдром. ФН0-1 – М54.1 ДДЗП. Распространенный остеохондроз позвоночника с грыжеобразованием на уровне L4-5. Спондиллолистез L5. Вертеброгенная пояснично-крестцовая радикулопатия L5-S1 справа с умеренно выраженными компрессионно-ишемическим синдромом, рефлекторным мышечно-тоническим синдромом и вегетативно-сосудистыми нарушениями. 	Указывать степень нарушений функций (ФН)
Лечение	<p>Консервативное</p> <p><u>Нелекарственное</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Назначение режима (ограничить длительного постельного режима < 3-5 дней (это – способ уменьшить боль, а не метод лечения!)) – Лечебная физкультура (любой комплекс!) при заболеваниях периферической нервной системы. – Мануальная терапия рекомендуется пациентам с подострой и хронической ДПКР. – Психологические методы терапии, рекомендуются у пациентов с хронической ДПКР, потому что они уменьшают боль и улучшают функциональное состояние пациентов с хронической болью в спине. – Рефлексотерапия рекомендуется при хронической ДПКР. – Массаж мышц поясницы и нижних конечностей рекомендуется у пациентов с хронической ДПКР. – Различные методы физиотерапевтического лечения: воздействие импульсным низкочастотным электромагнитным полем при хронической ДПКР, этот метод рекомендуется в рамках комбинированной терапии. – Вытяжение (скелетное, подводное, тракционное вытяжение позвоночника) не рекомендуется при ДПКР, так как не получено доказательств его эффективности. – Ношение корсетов, бандажей, поясов и других специальных ортопедических приспособлений, фиксирующих пояснично-крестцовый отдел позвоночника, не рекомендуется пациентам с ДПКР. 	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">}</div> <div> <p>В 100%</p> <p>75%</p> <p>100%</p> <p>50%</p> <p>100% - 10 проц.</p> <p>40%</p> </div> </div>

Краткий алгоритм наблюдения	Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия	Амбулаторный этап, взрослые
	<ul style="list-style-type: none"> – НПВП рекомендуются у пациентов с острой, подострой или обострением ДПКР. Принципы: <ul style="list-style-type: none"> – Назначение эффективных доз любых НПВП на минимальный срок. – предпочтительное использование пероральных форм НПВП. – при острой высокоинтенсивной боли возможно кратковременное использование комбинированных препаратов. – Противосудорожные препараты (габапентин, прегабалин) рекомендуются для уменьшения острой и хронической боли при ДПКР. – Антидепрессанты (неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов: амитриптилин; дулоксетин) рекомендуются у пациентов с хронической Д – Витамины группы В (Витамин В1 в комбинации с витаминами В6 и/или В12) рекомендуется при острой ДПКР в комбинации с НПВП для уменьшения боли. – Миорелаксанты центрального действия (толперизон, тизанидин, циклобензаприн) рекомендуются при ДПКР, если имеются дополнительные скелетно-мышечные причины боли. – Миорелаксанты не комбинируют друг с другом, учитывают возможный седативный эффект. – Глюкокортикоиды (глюкокортикоиды внутрь, внутримышечно или внутривенно; парацетамол и другие анальгетики и антипиретики не рекомендуются при ДПКР. – Опиоиды (трамадол, тапентадол) рекомендуются для купирования непереносимой высокоинтенсивной боли при невозможности это сделать другим способом. <p>Хирургическое лечение</p> <ul style="list-style-type: none"> – Дискэктомия, если в течение 6-12 недель нет эффекта от консервативной терапии. – Экстренное хирургическое лечение рекомендуется в ранние сроки (первые дни заболевания) при наличии синдрома поражения корешков конского хвоста (нарушение функции тазовых органов, онемение в промежности, слабость в стопах). – Введение различных лекарственных средств в межпозвонковый диск не рекомендуется при ДПКР <p>Пациенты, которым предлагается хирургическое лечение, должны быть информированы о рисках осложнений, связанных с операцией, возможности полного выздоровления и без оперативного лечения!</p>	<p>Пероральные формы в 100%</p> <p>Парентеральные — в 50%</p>

Как работать по клиническим рекомендациям в соответствии с новыми критериями оценки качества медпомощи

Краткий алгоритм наблюдения	Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия	Амбулаторный этап, взрослые
Реабилитация и санаторно-курортное лечение	<ul style="list-style-type: none"> – Медицинская реабилитация рекомендуется всем пациентам с ДПКР (ЛФК, мануальная терапия, массаж, воздействие импульсным низкочастотным электромагнитным полем). – Санаторно-курортное лечение рекомендуется пациентам с хронической ДПКР (ванны минеральные лечебные и пелоидотерапию (грязелечение), но они противопоказаны при сопутствующих онкологических заболеваниях, снижении свертываемости крови, сердечно-сосудистых заболеваниях с выраженными функциональными нарушениями, доброкачественных новообразованиях, склонных к росту). 	По итогам окончания курса лечения
Профилактика и диспансерное наблюдение	<ul style="list-style-type: none"> – рекомендуется избегать чрезмерных физических нагрузок (подъем тяжестей, ношение тяжелой сумки в одной руке и др.) и переохлаждения. – исключение длительных статических нагрузок (длительное сидение, пребывание в неудобном положении и др.) – регулярные занятия лечебной физкультурой, лечебное плавание в бассейне, терренное лечение (лечение ходьбой). 	<p>Указывать в рекомендациях по итогам окончания курса лечения!</p>
Госпитализация В т.ч. в дневной стационар	<p><u>Показания для плановой госпитализации:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Отсутствие эффекта от амбулаторной консервативной терапии; – Наличие пареза нижней конечности; – Выраженная инвалидизация из-за боли. <p><u>Показания для экстренной госпитализации:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Подозрение на синдром компрессии корешков конского хвоста; – Подозрение на перелом позвоночника; – Подозрение на опухоль позвоночника или спинного мозга; – Подозрение на воспалительное заболевание позвоночника. <p><u>Показания к выписке пациента из стационара:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Снижение интенсивности боли по ВАШ, ВРШ или ЧРШ; – Уменьшение степени нарушения функций по вопросу Роланда-Морриса или Освестри; – Отсутствие эффекта от лечения в неврологическом отделении, рекомендация хирургического лечения. 	Учитывать и обосновывать в медицинской документации при направлении в стационар и ДС!
Дополнительные факторы	Ожирение, курение, депрессия, тревога, катастрофизация состояния, нарушения сна относятся к модифицируемым факторам риска возникновения хронической боли. Рекомендуется своевременное выявление этих факторов у пациентов с ДПКР и воздействие на них, что улучшает прогноз выздоровления и является профилактикой возникновения последующих обострений.	Рекомендовать при профилактических осмотрах

Как работать по клиническим рекомендациям в соответствии с новыми критериями оценки качества медпомощи

Краткий алгоритм наблюдения	Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия	Амбулаторный этап, взрослые
Критерии оценки качества медицинской помощи	<ul style="list-style-type: none"> – При сборе жалоб и анамнеза у пациентов с подозрением на ДПКР рекомендуется использование краткого опросника на выявление признаков так называемых «специфических» причин заболевания с целью выбора дальнейшей тактики ведения больного – Проведена оценка интенсивности боли по ВАШ, ВРШ или ЧРШ в момент обращения и в динамике – Проведено соматическое обследование на предмет наличия «специфических» причин боли в спине – Проведено клиническое обследование с оценкой неврологического статуса и тестов натяжения – Проведена МРТ или КТ позвоночника (один отдел) или рентгенография поясничного и крестцового отдела позвоночника, рентгенография позвоночника с функциональными пробами при подозрении на наличие «специфических» причин боли в спине или при наличии других показаний – Проведено информирование пациента о доброкачественной природе заболевания и высокой вероятности выздоровления – Назначена качественная рациональная анальгезия (по показаниям: НПВП, миорелаксанты центрального действия, витамины группы В, противоспазматические препараты, опиоиды, антидепрессанты) – Рекомендовано эпидуральное введение глюкокортикоидов пациентам с острой и подострой ДПКР – Рекомендованы способы профилактики – Рекомендованы методы реабилитации 	Учитываются при наличии показаний и требуют упоминания в медицинской документации, в т.ч. выписных эпикризах.