ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от «6» октября 2025 года № 1219

г. Кострома

Об утверждении порядка маршрутизации больных с сердечно сосудистыми заболеваниями в Костромской области

В целях совершенствования оказания медицинской помощи взрослому населению с сердечно-сосудистыми заболеваниями, повышения качества и доступности медицинской помощи пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в Костромской области, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года № 928н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить порядок маршрутизации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Костромской области (далее – Порядок) в соответствии с приложением к настоящему приказу.

2. Руководителям областных государственных медицинских организаций обеспечить оказание медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, стандартами и порядками, а также утвержденного настоящим приказом Порядка.

3. Главному внештатному специалисту кардиологу департамента здравоохранения Костромской области Пришвиной Н.В., главному внештатному специалисту неврологу департамента здравоохранения Костромской области Субботиной А.И., главному внештатному специалисту департамента здравоохранения Костромской области по скорой медицинской помощи Шеробьевой Е.Л., главному внештатному специалисту по медицинской реабилитации департамента здравоохранения Костромской области Шишанову А.И. обеспечить:

1) оказание организационно-методической помощи областным государственным медицинским организациям по реализации настоящего приказа;

2) анализ деятельности областных государственных медицинских организаций, участвующих в маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями;

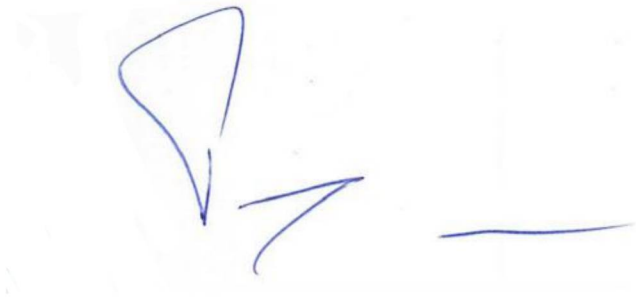
3) предоставление результатов анализа в отдел организации медицинской помощи и профилактической работы департамента здравоохранения Костромской области ежеквартально в срок до 25 числа месяца, предшествующего кварталу.

4. Приказ департамента здравоохранения Костромской области от 29 февраля 2024 № 241 «Об утверждении порядка маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Костромской области» признать утратившим силу.

5. Контроль за исполнением приказа возложить на первого заместителя директора департамента здравоохранения Костромской области А.Н. Мавренкову.

6. Приказ вступает в силу с момента подписания.

Директор департамента Н.В. Гирин



Приложение

УТВЕРЖДЕН
приказом департамента
здравоохранения Костромской области
от «6» октября 2025 года № 1219

Порядок маршрутизации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Костромской области

Порядок маршрутизации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Костромской области (далее – Порядок маршрутизации) – нормативно-правовой акт департамента здравоохранения Костромской области, описывающий инфраструктуру, деятельность и принципы взаимодействия областных государственных медицинских организаций (далее – МО), оказывающих медицинскую помощь на территории Костромской области пациентам с болезнями системы кровообращения (далее – БСК).

Порядок маршрутизации определяет общую часть и регламенты маршрутизации пациентов при отдельных сердечно-сосудистых заболеваниях (далее – ССЗ) и (или) состояниях на территории Костромской области, межрегиональное взаимодействие с МО других субъектов Российской Федерации и МО федерального уровня, в том числе с использованием телемедицинских технологий.

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

Порядок маршрутизации включает:

1. Общую часть

2. Регламенты маршрутизации пациентов при отдельных ССЗ и (или) состояниях на территории Костромской области:

2.1. Регламент маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом (далее – ОКС) и другими острыми и неотложными сердечно - сосудистыми заболеваниями (состояниями) кардиологического профиля - приложение № 1 к порядку маршрутизации;

2.2. Регламент маршрутизации пациентов с хронической сердечной недостаточностью и другими хроническими сердечно - сосудистыми заболеваниями (состояниями) - приложение № 2 к порядку маршрутизации;

2.3. Регламент маршрутизации пациентов с нарушениями ритма сердца и проводимости - приложение № 3 к порядку маршрутизации;

2.4. Регламент маршрутизации пациентов с острым аортальным синдромом - приложение № 4 к порядку маршрутизации;

2.5. Регламент маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (далее – ОНМК) - приложение № 5 к порядку маршрутизации;

2.6. Регламент маршрутизации пациентов с острой ишемией конечностей - приложение № 6 к порядку маршрутизации;

2.7. Регламент маршрутизации пациентов со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий – приложение № 7 к порядку маршрутизации;

2.8. Регламент маршрутизации пациентов с тромбоэмболией легочной артерии – приложение № 8 к порядку маршрутизации;

2.9. Регламент маршрутизации пациентов с врожденными и приобретенными пороками клапанов сердца - приложение № 9 к порядку маршрутизации;

2.10. Регламент маршрутизации пациентов на антикоагулянтной терапии - приложение № 10 к порядку маршрутизации;

2.11. Регламент маршрутизации пациентов с нарушениями липидного обмена - приложение № 11 к порядку маршрутизации;

2.12. Регламент проведения телемедицинских консультаций пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями - приложение № 12 к порядку маршрутизации.

Регламент маршрутизации на проведение отдельных видов диагностических исследований сердечно-сосудистой системы согласован с ФГБУ НМИЦК им. ак. Е.И. Чазова Минздрава России, утвержден приказом департамента здравоохранения Костромской области от 30.07.2025 года № 897.

I. Общая часть порядка маршрутизации больных с сердечно-сосудистымизаболеваниями в Костромской области

1. Порядок маршрутизации устанавливает правила оказания медицинской помощи больным с ССЗ в МО Костромской области.

Порядок маршрутизации создан на основе клинических рекомендаций, в соответствии с действующими порядками и положениям об организации медицинской помощи.

Порядок маршрутизации отражает особенности инфраструктуры и процессов оказания медицинской помощи в Костромской области, разработан с учетом права граждан на выбор МО, с учетом положений следующих документов:

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ № 323-ФЗ);
- Постановление правительства «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий реализации год»;
- Приказ Минздравсоцразвития России от 05.10.2005 № 617 «О Порядке направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний» (далее – Приказ № 617);
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (далее – Приказ № 918н);

- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 919н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология» (далее – Приказ № 919н);
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю терапия»;
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 926н «Об утверждении порядка оказания медпомощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы»;
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» (далее – Приказ № 928н);
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 931н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия» (далее – Приказ № 931н);
- Приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»;
- Приказ Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее – Приказ № 804н);
- Приказ Минздрава России от 11.04.2025 № 186н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» (далее – Приказ № 186н);
- Приказ Минздрава России от 08.06.2020 № 557н «Об утверждении правил проведения ультразвуковых исследований» (далее – Приказ № 557н);
- Приказ Минздрава России от 09.06.2020 № 560н «Об утверждении Правил проведения рентгенологических исследований» (далее – Приказ № 560н);
- Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» (далее – Приказ № 788н);
- Приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»;
- Приказ Минздрава России от 23.12.2020 № 1363н «Об утверждении порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования» (далее – Приказ № 1363н);

- Приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – Приказ № 404н);
- Приказ Минздрава России от 18.05.2021 № 464н «Об утверждении Правил проведения лабораторных исследований» (далее – Приказ № 464н);
- Приказ Минздрава России от 19.08.2021 № 866н «Об утверждении классификатора работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность»;
- Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (далее – Приказ № 168н);
- Приказ Минздрава России от 21.04.2022 № 276н «Об утверждении случаев и порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи медицинскими работниками медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации вне таких медицинских организаций» (далее – Приказ № 276н);
- Приказ Минздрава России от 13.03.2023 № 104н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»;
- Приказ Минздрава России от 11.04.2025 № 185н «Об утверждении положения об организации специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи» (далее – Приказ № 185н);
- Приказ Минздрава России от 11.04.2025 № 193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (далее – Приказ № 193н);
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – Приказ № 202н);
- Приказ Минздрава России от 14.04.2025 № 205н «Об утверждении Правил проведения функциональных исследований» (далее – Приказ № 205н);
- Приказ Минздрава России от 14.04.2025 № 206н «Об утверждении Правил проведения эндоскопических исследований» (далее – Приказ № 206н);
- Приказ Минздрава России от 29.04.2025 № 261н «Об утверждении порядка проведения патолого-анатомических вскрытий и унифицированных форм медицинской документации, используемых при проведении патолого-анатомических вскрытий»;
- Письмо Минздрава России «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», направляемое в субъекты Российской Федерации ежегодно;
- Региональная программа «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями в

Костромской области на 2025-2030 годы».

2. Порядок маршрутизации подлежит ежегодной актуализации в соответствии с паспортом Федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации» с 2025 по 2030 год, а также при необходимости, в связи с изменением инфраструктуры или схемы маршрутизации.

3. Информация об инфраструктуре, основных принципах организации различных видов медицинской помощи пациентам с ССЗ на всех этапах:

3.1. Перечень медицинских организаций Костромской области, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь пациентам с ССЗ в амбулаторных условиях

Таблица №1.

Медицинские организации Костромской области, оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь пациентам с ССЗ в амбулаторных условиях

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зоны ответственности	Профиль помощи (кардиология/неврология/ССХ)
МО, оказывающие консультативную помощь по профилю и осуществляющие диспансерное наблюдение (ДН)			
ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.»	г. Кострома, проспект Мира, 114	Консультативная помощь - все муниципальные образования Костромской области; ДН – г. Кострома (население вне зоны прикрепления к поликлиникам ОГБУЗ «Городская больница г. Костромы»); Костромской муницапальный район, Муниципальные округа: Судиславский Островский Сусанинский, Красносельский Кадыйский Макарьевский	кардиология

ОГБУЗ «Городская больница г.Костромы»	г. Кострома, ул. Советская, 77	г. Кострома, г.Волгореченск население в зоне прикрепления к поликлиникам данной МО	кардиология неврология
ОГБУЗ «Нерехтская центральная районная больница»	Костромская область, г.Нерехта, ул.Красноармейская, 40	г. Нерехта и Нерехтский муниципальный район	кардиология
ОГБУЗ Галичская центральная районная больница»»	Костромская область, г.Галич, ул.Фестивальная, 1	по кардиологии: г. Галич Муниципльные округа: Галичский Антроповский Нейский Солигаличский Парфеньевский Чухломский По неврологии: г. Галич Муниципальные круга: Галичский Антроповский Солигаличский Парфеньевский Чухломский	кардиология неврология
ОГБУЗ «Шарьинская центральная районная больница им.Каверина В.Ф.»	Костромская область, г.Шарья, ул. им.хирурга Крылова В.М.,	по кардиологии: г.Шарья Муниципальные округа: Шарьинский Пыщугский Поназыревский Вохомский Павинский Октябрьский Мантуровский Межевской	кардиология неврология

		Кологривский По неврологии: г.Шарья Муниципальные округа: Шарьинский Пыщугский Поназыревский	
ОГБУЗ ОБКО №1 ПВ № 3	г.Кострома, ул. Коммунаров,4	г. Кострома, население в зоне прикрепления к поликлиникам данной МО	Неврология
ОГБУЗ «Костромская ЦРБ»	г.Кострома, Кинешемское шоссе, 82	Костромской муниципальный район	Неврология
ОГБУЗ «Нейская РБ»	Костромская область, г. Нея, Территория больницы	Нейский муниципальный округ	Неврология
ОГБУЗ «Буйская ЦРБ»	Костромская область, г.Буй, ул. 9 января, 42	г. Буй Буйский муниципальный округ	Неврология
ОГБУЗ «Вохомская ЦРБ»	Костромская область, п.Вохма, ул.первомайская, 51	Муниципальные округа: Вохомский Павинский Октябрьский	неврология
ОГБУЗ «Мантуровская ЦРБ»	Костромская область, г.Мантурово, ул.Комарова, 54	Муниципальные округа: Мантуровский Межевской Кологривский	неврология
ОГБУЗ «Макарьевская РБ»	Костромская область, г. Макарьев, ул.Юрьевецкая, 23	Макарьевский муниципальный округ	неврология
ОГБУЗ «Сусанинская РБ»	Костромская область, п. Сусанино, ул. Карла Маркса, 61	Сусанинский муниципальный округ	неврология

ОГБУЗ «Судиславская РБ»	Костромская область, п.Судиславль, ул. Советская, 8Б	Судиславский муниципальный округ	неврология
МО, оказывающие только консультативную помощь по профилю			
ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.»	г. Кострома, проспект Мира, 114	все муниципальные образования Костромской области	ССХ неврология

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

Первичная медико-санитарная помощь организуется и осуществляется в соответствии с Приказ № 202н, Приказ № 404н.

При наличии показаний врачами - терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-участковыми цехового врачебного участка, врачами-специалистами, средними медицинскими работниками пациент с подозрением на наличие или с установленным ССЗ должен быть направлен к врачу-специалисту (врачу - кардиологу, врачу-неврологу, врачу ССХ).

В соответствии с Приказом № 918н при отсутствии медицинских показаний к оказанию медицинской помощи в стационарных условиях пациента направляют в кардиологический кабинет МО для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи в соответствии с зонами ответственности (таблица № 1).

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

Сроки проведения консультаций врачей-специалистов не должны превышать 14 рабочих дней со дня обращения пациента в МО.

Сроки проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований не должны превышать 14 рабочих дней со дня назначения исследований.

3.3 Диспансерное наблюдение (далее – ДН) и выбор медицинского работника, осуществляющего ДН, проводится в соответствии с порядком, утвержденным Приказом № 168н.

ДН устанавливается в течение 3-х рабочих дней после:

- установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;

- получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

При отсутствии в медицинской организации в амбулаторном звене врача кардиолога диспансерное наблюдение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями осуществляют врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи) с направлением пациентов на консультации к врачу

кардиологу в кардиологический кабинет МО или кардиодиспансер ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» в соответствии с зонами ответственности (таблица № 1), либо проводят консультирование с врачом кардиологом с применением телемедицинских технологий в региональной медицинской информационной системе (далее – РМИС).

Контроль за организацией и координацию ДН пациентов с ССЗ кардиологического профиля осуществляет кардиодиспансер ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.»

Механизмы контроля: оценка информации по охвату ДН, выполнению плановых показателей объемов медицинской помощи по ДН в РМИС, анализ медицинских карт пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях в рамках документарных проверок, выезды врачей кардиологов кардиодиспансера в курируемые медицинские организации не реже 2-х раз в год.

В рамках контроля осуществляется оценка своевременности взятия под ДН, периодичность диспансерных приемов, соблюдения выполнения контролируемых показателей здоровья, мониторируемых в рамках ДН, охват ДН лиц, подлежащих ДН, в том числе трудоспособного возраста.

Информация о взятии пациентов на ДН отражается в РМИС.

В рамках организации ДН медицинскими организациями проводится информирование лиц, подлежащих ДН о необходимости проведения визитов к врачу в рамках ДН.

Анализ информации на уровне отдельных МО и области в целом осуществляется отделом организации медицинской помощи и профилактической работы департамента здравоохранения Костромской области при участии профильных главных внештатных специалистов департамента здравоохранения.

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

Таблица № 2.

Медицинские организации Костромской области, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях, в экстренной, неотложной и плановой формах пациентам с ССЗ

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зоны ответственности	Профиль помощи *(кардиология/неврология/ССХ)*
ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.»	г. Кострома, проспект Мира, 114	Все муниципальные образования области в соответствии с регламентами маршрутизации по	Экстренная, неотложная, плановая кардиология; Экстренная, неотложная,

		отдельным ССЗ	плановая неврология Экстренная, неотложная, плановая ССХ;
ОГБУЗ «Нерехтская центральная районная больница»	Костромская область, г.Нерехта, ул.Красноармейская, 40	город Нерехта Нерехтский район	Экстренная, неотложная, плановая кардиология Экстренная, неотложная, плановая неврология
ОГБУЗ «Галичская центральная районная больница»»	Костромская область, г.Галич, ул.Фестивальная, 1	городской округ Галич Муниципальные округа: Галичский; Антроповский; Нейский; Солигаличский; Парфеньевский; Чухломский	Экстренная, неотложная, плановая кардиология Экстренная, неотложная, плановая неврология
ОГБУЗ «Шарьинская центральная районная больница им.Каверина В.Ф.»	Костромская область, г.Шарья, ул. им.хирурга Крылова В.М.,1	городской округ Шарья Муниципальные округа: Шарьинский; Пыщугский; Поназыревский; Вохомский; Павинский; Октябрьский	Экстренная, неотложная, плановая кардиология Экстренная, неотложная, плановая неврология
ОГБУЗ «Мантуровская центральная районная больница»	Костромская область, г. Мантурово, ул. Комарова, 54	Муниципальные округа: Мантуровский; Межевской; Кологривский	Неотложная, плановая кардиология
ОГБУЗ «Буйская центральная районная больница»	Костромская область, г.Буй, ул. 9 января, 42	городской округ Буй Буйский муниципальный округ	Экстренная, неотложная, плановая кардиология Экстренная, неотложная, плановая неврология

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

Направление пациентов с ССЗ на плановую госпитализацию осуществляется в соответствии с действующей территориальной программой государственных гарантий и соответствующими нормативными правовыми актами Минздрава России: Приказом № 185н, Приказом № 186н, Приказом № 617н, Приказом № 918н, Приказом № 928н, Приказом № 1363н.

Направление на оказание специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной) в плановой форме осуществляется лечащим врачом.

Определение показаний для высокотехнологичной медицинской помощи в плановой форме осуществляется врачебной комиссией МО, в которой пациенту оказывается первичная специализированная медико-санитарная помощь или специализированная медицинская помощь.

Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор МО осуществляется в соответствии с направлением. В случае, если соответствующий вид помощи оказывает несколько МО, лечащий врач информирует гражданина о возможности выбора МО и направление заполняется в соответствии с предпочтением пациента.

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

3.6. Направление на экстренную/неотложную госпитализацию пациентов с ССЗ (за исключением случаев описанных в отдельных регламентах маршрутизации).

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

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

При оказании специализированной медицинской помощи в экстренной форме время от момента доставки пациента выездной бригадой скорой медицинской помощи в МО или от момента самостоятельного обращения пациента в МО до установления предварительного диагноза не должно превышать 1 часа.

Для пациентов с ССЗ, для которых не предусмотрен отдельный регламент маршрутизации, выбор МО осуществляется в соответствии с перечнем медицинских организаций, оказывающих помощь по профилям «кардиология», «неврология» и «ССХ» в экстренном/неотложном порядке (таблица 2).

По профилю «кардиология» выбор МО осуществляется в соответствии с Регламентом маршрутизации пациентов с острыми и неотложными сердечно - сосудистыми заболеваниями (состояниями), в том числе с ОКС, а также Регламентом маршрутизации пациентов с нарушениями ритма сердца и проводимости.

Алгоритм предполагает госпитализацию в профильный стационар в наиболее короткие сроки.

Механизмы контроля:

- Сроков госпитализации в экстренном/неотложном порядке осуществляется с момента вызова бригад скорой медицинской помощи, с момента постановки предварительного диагноза;
- Осуществляется своевременный переводов из одних МО в другие в случае выявления ССЗ и (или) состояния, требующего оказания медицинской

помощи в экстренной/неотложной форме.

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

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

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

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

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

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

Таблица № 3.

Перечень МО Костромской области, оказывающих медицинскую реабилитацию пациентам с ССЗ

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зона ответственности	Профиль помощи *(кардиология/ неврология/СХ)*	Уровень и характер медицинской реабилитации
ОГБУЗ «Окружная больница Костромского округа №1»	Кострома, ул. Спасокукоцкого 29/62	Костромская область	Неврология	2 уровень реабилитация пациентов с нарушением функции центральной нервной системы

ОГБУЗ «Городская больница г. Костромы»	Кострома, ул. Советская 77	Костромская область	Неврология	2 уровень медицинская реабилитация пациентов с нарушением функции центральной нервной системы
ОГБУЗ «Костромской областной госпиталь для ветеранов войн»	Кострома, ул. Лермонтова 9	Костромская область	Кардиология	2 уровень медицинская реабилитация пациентов с общесоматической патологией
ЛПУ санаторий Колос	Костромской район, Кузьмищенское сельское поселение, СНТ Колос	Костромская область	Кардиология	2 уровень медицинская реабилитация пациентов с общесоматической патологией
ОГБУЗ «Шарьинская ЦРБ им. Каверина»	Костромская область, г. Шарья, ул. Хирурга В.М Крылова д.6	Муниципальные округа: Шарьинский Мантуровский Поназыревский Вохмский Кологривский Октябрьский, Павинский, Пыщугский, Макарьевский	Неврология	2 уровень медицинская реабилитация пациентов с нарушением функции центральной нервной системы

При наличии показаний и отсутствии противопоказаний пациенты с ССЗ могут быть направлены на санаторно- курортное лечение в учреждения, где проводится санаторно-курортное лечения пациентам с ССЗ.

На территории Костромской области санаторно-курортное лечение пациентам с ССЗ проводится на базе ЛПУ «Санаторий Колос».

Направление пациентов осуществляется врачом терапевтом, врачом общей практики, врачом специалистом по профилю.

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

Льготное лекарственное обеспечение больных с ССЗ осуществляется в рамках программ федерального и регионального уровней.

На территории Костромской области в каждом муниципальном образовании имеются пункты выписки льготных рецептов для пациентов, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение, а также определены аптечные организации, осуществляющие отпуск лекарственных препаратов для указанных категорий граждан.

В целях улучшения доступности лекарственного обеспечения граждан лекарственными препаратами департаментом здравоохранения Костромской области разрешена выписка льготных рецептов пациентам с ССЗ на период до 6 месяцев.

1. Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми

заболеваниями» (далее – программа ССЗ), которым предусмотрено обеспечение в амбулаторных условиях лекарственными препаратами лиц, находящихся на диспансерном наблюдении и имеющих высокий риск сердечно-сосудистых осложнений.

1.1. Согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 года № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» право на льготное лекарственное обеспечение по Программе ССЗ предоставлено гражданам, не имеющим льготы по Федеральному закону от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» и имеющим одно из следующих заболеваний: инфаркт миокарда; острое нарушение мозгового кровообращения; катетерная абляция; ангиопластика коронарных артерий со стентированием; аортокоронарное шунтирование.

1.2. Постановлением Правительства Российской Федерации от 24 июля 2021 года № 1254 продлен срок действия льготы на лекарственное обеспечение с 1 года до 2 лет. Приказом Минздрава России от 24 сентября 2021 года № 936н утвержден новый срок действия льготного лекарственного обеспечения указанных категорий граждан. В 2022 году Приказом Минздрава России от 29 сентября 2022 года № 639н перечень льготных препаратов был увеличен на 8 МНН (с 23 до 31 наименования).

1.3. Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 ноября 2023 года № 2030 «О внесении изменений в Постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 года № 1640» в перечень льготных категорий граждан, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение по Программе ССЗ, была внесена еще одна категория пациентов - пациенты, страдающие ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка <= 40%. Приказом Минздрава России от 6 февраля 2024 года № 37н внесены изменения в перечень льготных категорий граждан, которые имеют право на бесплатное лекарственное обеспечение по Программе ССЗ.

1.4. Организована выписка льготных рецептов в ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.», ОГБУЗ «Шарьинская центральная районная больница им.Каверина В.Ф.», ОГБУЗ «Галичская центральная районная больница» пациентам, пролеченным в РСЦ и ПСО с инфарктом миокарда, острым нарушением мозгового кровообращения, после выполненной ангиопластики коронарных артерий со стентированием.

Рецепты в день выписки оформляются и выдаются пациентам на руки вместе с выписным эпикризом.

1.5. Организовано информационное сопровождение пациентов, выписанных из сосудистых центров и неврологических отделений, от стационарного до поликлинического звена медицинских организаций области вне зависимости от места госпитального лечения.

2. Льготное лекарственное обеспечение пациентов с ССЗ в рамках Федерального закона от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи».

3. Льготное лекарственное обеспечение пациентов с ССЗ в рамках

реализации Постановления Правительства РФ от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшения обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» в соответствии с приложением № 1 «перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно».

3.9. Ответственные лица за реализацию и контроль за реализацией Порядка маршрутизации:

1. На уровне конкретной МО – главный врач / заместитель главного врача по медицинской части данной медицинской организации;
2. На уровне МО, ответственной за оказание медицинской помощи пациентам с ССЗ по профилям на прикрепленной территории - главный врач / заместитель главного врача по медицинской части данной медицинской организации;
3. Регламент маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом и другими острыми и неотложными состояниями на уровне области – главный врач / руководитель РСЦ ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» совместно с главным внештатным специалистом кардиологом и терапевтом департамента здравоохранения Костромской области (в рамках компетенции);
4. Регламент маршрутизации пациентов с хронической сердечной недостаточностью и другими хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями (состояниями) на уровне области – главный врач / руководитель РСЦ ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» совместно с главным внештатным специалистом кардиологом и терапевтом департамента здравоохранения Костромской области (в рамках компетенции);
5. Регламент маршрутизации пациентов с нарушениями ритма сердца и проводимости на уровне области – главный врач / руководитель РСЦ совместно с главным внештатным специалистом аритмологом, сердечно-сосудистым хирургом, терапевтом департамента здравоохранения Костромской области (в рамках компетенции);
6. Регламент маршрутизации пациентов с острым аортальным синдромом – главный внештатный специалист ССХ департамента здравоохранения Костромской области совместно с главным врачом / заместителем главного врача по медицинской части ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» (в рамках компетенции);
7. Регламент маршрутизации пациентов с ОНМК на уровне области - главный врач/руководитель РСЦ ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» совместно с главным внештатным специалистом неврологом департамента здравоохранения Костромской области (в рамках компетенции);
8. Регламент маршрутизации при острой ишемии конечности на уровне области - главный внештатный специалист ССХ департамента здравоохранения Костромской области совместно с главным врачом/заместителем главного врача по медицинской части ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» (в рамках компетенции);
9. Регламент маршрутизации пациентов со стенотическим поражением сонных артерий - главный внештатный специалист ССХ и невролог

департамента здравоохранения Костромской области совместно с главным врачом/заместителем главного врача по медицинской части ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» (в рамках компетенции);

10. Регламент маршрутизации пациентов с тромбоэмболией легочной артерии - главный врач / руководитель РСЦ ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» совместно с главным внештатным специалистом кардиологом департамента здравоохранения Костромской области (в рамках компетенции);

11. Регламент маршрутизации пациентов с врожденными и приобретенными пороками клапанов сердца - главный врач / руководитель РСЦ ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» совместно с главным внештатным специалистом кардиологом и сердечно-сосудистым хирургом департамента здравоохранения Костромской области (в рамках компетенции);

12. Регламент маршрутизации пациентов на антикоагулянтной терапии, Регламент маршрутизации пациентов с нарушениями липидного обмена - главный врач /руководитель РСЦ ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.»/начальник кардиодиспансерасовместно с главным внештатным специалистом кардиологом и терапевтом департамента здравоохранения Костромской области (в рамках компетенции);

13. Регламент проведения телемедицинских консультаций пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями - главный врач / начальник организационно-методического отдела / начальник кардиодиспансера ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» совместно с главными внештатными профильными специалистами департамента здравоохранения Костромской области (в рамках компетенции);

14. Порядок маршрутизации больных с ССЗ на территории Костромской области в целом – первый заместитель директора / начальник отдела организации медицинской помощи и профилактической работы департамента здравоохранения Костромской области.

Приложение № 1
к Порядку маршрутизации

Регламент маршрутизации
пациентов с острым коронарным синдромом и другими острыми и неотложными сердечно-
сосудистыми заболеваниями (состояниями)
кардиологического профиля

Раздел I. Порядок оказания экстренной и неотложной медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями (состояниями) кардиологического профиля на территории Костромской области

1. Настоящий порядок регулирует вопросы оказания экстренной и неотложной медицинской помощи населению Костромской области при сердечно-сосудистых заболеваниях кардиологического профиля. Настоящий порядок разработан с учетом территориальных, инфраструктурных особенностей региона, обеспеченности медицинскими кадрами.

2. К основным состояниям и заболеваниям системы кровообращения кардиологического профиля, требующим экстренной и неотложной медицинской помощи, относятся:

1) внезапная сердечная смерть (смерть в течение часа от появления симптомов);

2) острый коронарный синдром (острый инфаркт миокарда (ОИМ), нестабильная стенокардия (НС);

3) нарушения ритма и проводимости сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения или коронарной недостаточностью или их прогрессированием;

4) кардиогенный шок, выраженная артериальная гипотензия кардиогенной, сосудистой или неясной природы;

5) другие формы острой сердечной недостаточности;

6) декомпенсация хронической сердечной недостаточности, требующая госпитализации в ПРИТ/ОАР

7) синкопальные состояния аритмической, сосудистой или неясной природы;

8) другие формы острой сердечной недостаточности или хронической сердечной недостаточности, осложненной развитием кардиальной астмы, отека легких;

9) гипертонический криз, в том числе осложненный острой сердечной недостаточностью, нарушениями ритма и проводимости, энцефалопатией, продолжающимся носовым кровотечением;

10) тромбоэмболия легочной артерии;

11) пароксизмальная фибрилляция предсердий давностью менее 48 часов, сопровождающаяся нарушениями гемодинамики;

12) расслаивающая аневризма аорты.

3. В медицинских организациях области медицинская помощь пациентам острым коронарным синдромом и другими состояниям и заболеваниям системы

кровообращения кардиологического профиля, требующим экстренной и неотложной медицинской помощи, оказывается в соответствии с настоящим Порядком, клиническими рекомендациями, федеральными стандартами оказания медицинской помощи.

4. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи пациентам с заболеваниями сердечно - сосудистой системы включает три основных этапа:

первый - догоспитальный, осуществляемый в порядке скорой медицинской помощи;

второй - стационарный, осуществляемый в кардиологических отделениях с палатами реанимации и интенсивной терапии, в блоках/палатах реанимации и интенсивной терапии (соматических) отделений или в отделениях анестезиологии и реанимации;

третий - стационарный, осуществляемый в ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.» в отделениях регионального сосудистого центра (РСЦ): отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения (ОРХМДЛ), в кардиологических отделениях № 1 и № 2 с палатой реанимации и интенсивной терапии.

Оказание медицинской помощи при остром коронарном синдроме и других острых и неотложных сердечно-

сосудистых заболеваниях (состояниях) на догоспитальном этапе

1. Скорая медицинская помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями оказывается бригадами скорой медицинской помощи.

2. Скорая медицинская помощь больным при остром коронарном синдроме (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда) и других угрожающих жизни состояниях оказывается фельдшерами и врачами бригад скорой медицинской помощи, которые обеспечивают проведение мероприятий по устранению угрожающих жизни состояний, в том числе с проведением при наличии медицинских показаний тромболизиса.

3. Больной доставляется в максимально короткие сроки в региональный сосудистый центр для больных с острым коронарным синдромом или другую ближайшую медицинскую организацию, имеющую в своей структуре отделение анестезиологии-реанимации и оказывающую специализированную медицинскую помощь больным с неотложными и экстренными сердечно-сосудистыми заболеваниями (острый коронарный синдром и другие угрожающие жизни состояния).

4. При оказании медицинской помощи при ОКС врач/фельдшер СМП должен строго соблюдать временные показатели при оказании медицинской помощи больному ОКС в части:

- доезда бригады скорой медицинской помощи до места – не более 20 минут с момента приема вызова;

- от «первичного медицинского контакта (ПМК) с пациентом до снятия и оценки ЭКГ» - не более 10 минут при ОКС. При подозрении на ОКС независимо от его типа ЭКГ передается в дистанционно-диагностический центр ССМП или ОГБУЗ КОКБ имени Королева Е.И. (в зоне прямой госпитализации ОКС) для оперативной расшифровки и консультативной помощи по тактике ведения пациента;

- время «ПМК и введения тромболитика» - в течение 10 минут после установки диагноза, но не более 30 минут от момента первого медицинского

контакта;

- время установления диагноза – стационар» - не должно превышать 60 минут;

-всем бригадам СМП заполнить карту оценки временных показателей и интервалов при оказании медицинской помощи больному с ОКС, утвержденную приказом департамента здравоохранения Костромской области № 1182 от 20.12.2021,которая передается в РСЦ\ПСО при госпитализации;

- диагностика и лечение проводится в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями по оказанию скорой медицинской помощи.

5. Всем пациентам с болями в грудной клетке (ОКС) необходимо обеспечить:

- доступ к вене (установка постоянного венозного катетера)
- применение нитратов (при отсутствии противопоказаний)
- адекватное обезболивание (применение раствора морфина)
- проведение двойной антиагрегантной терапии и антикоагулянтной терапии (в зависимости от формы острого коронарного синдрома) с учётом клинических рекомендаций
- поддержание стабильной гемодинамики;
- постоянный мониторинг состояния жизненно важных функций (ЭКГ в динамике, пульсоксиметрия)

6. При возможности проведения ЧКВ пациенту с ОКСпST в течение 120 минут от первого медицинского контакта, бригадой СМП осуществляется транспортировка в ЧКВ-центр.

7. При невозможности проведения ЧКВ пациенту ОКСпST в течение 120 минут от первого медицинского контакта врачом/фельдшером бригады СМП проводится догоспитальная тромболитическая терапия.

8. Перед введением тромболитика необходимо провести тщательный сбор жалоб и анамнеза жизни, заболевания пациента и определить абсолютные и относительные противопоказания к ТЛТ (в соответствии с контрольным листом по принятию решения бригадой СМП о проведении больному ОКС тромболитической терапии), утвержденному приказом департамента здравоохранения Костромской области от 21.03.2022 г № 265. После заполнения контрольный лист прилагается к карте вызова скорой медицинской помощи, а при проведении тромболизиса передается 2 экземпляр в РСЦ.

9. Бригада СМП оповещает дежурную службу РСЦ о транспортировке больного с подозрением на ОКС со стойким подъемом сегмента ST, сообщает ориентировочное время транспортировки.

10. При оказании медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом с острой сердечной недостаточностью, шоком исключить вызов других бригад «на себя», обеспечить проведение мероприятий по устранению угрожающих жизни состояний, при наличии показаний - протезирование витальных функций, выполнение электроимпульсной терапии, в максимально кратчайшие сроки транспортировать пациента в ближайшую медицинскую организацию, имеющую в своей структуре реанимационно-анестезиологическое отделение, в штатную численность которой входят реаниматологи-анестезиологи.

11. Врачам, работающим в блоке (палате) реанимации и интенсивной терапии или в отделение анестезиологии и реанимации необходимо иметь

подготовку по вопросам оказания медицинской помощи и лечения больных с неотложными состояниями кардиологического профиля.

12. Формирование укладки бригады СМП, выезжающей для оказания экстренной и неотложной помощи больным кардиологического профиля, и оснащение машины скорой помощи (санитарного автотранспорта) осуществляется для полного обеспечения всех экстренных и неотложных лечебно-диагностических мероприятий, предусмотренных стандартом медицинской помощи и клиническими рекомендациями.

13. Бригада скорой медицинской помощи доставляет больных в медицинские организации, участвующие в маршрутизации пациентов с ОКС, в соответствии с маршрутизацией.

14. Медицинский персонал бригад СМП не реже чем 1 раз в 5 лет проходит повышение квалификации по специальности, включающее вопросы неотложной кардиологии, в том числе методики проведения тромболитической терапии и временной электрокардиостимуляции.

Оказание медицинской помощи при остром коронарном синдроме на госпитальном этапе

1. При транспортировке пациентов с ОКСпST, а также ОКСбпST очень высокого риска в РСЦ пациент, минуя приемное отделение, направляется в отделение рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения. Время «от постановки/подтверждения диагноза в РСЦ до введения проводника в инфаркт-связанную артерию» при проведении первичного ЧКВ менее 60 минут. Задержка времени должна дополняться обоснованием в истории болезни.

2. При транспортировке пациентов с ОКСпST, а также ОКСбпST очень высокого риска в медицинскую организацию без возможности проведения ЧКВ пациент, минуя приемное отделение, незамедлительно госпитализируется в отделение (палату) реанимации и интенсивной терапии. Задержка времени в приемном отделении должна дополняться обоснованием в истории болезни.

3. При госпитализации пациентов с ОКСпST, а также ОКСбпST высокого и очень высокого риска врач-кардиолог медицинской организации без возможности проведения ЧКВ в течение первого часа должен провести консультацию с врачом-кардиологом РСЦ ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.», если предполагается транспортировка бортом санавиации – дополнительно с врачом реаниматологом отделения плановой и экстренной консультативной медицинской помощи ОГБУЗ КОКБ имени Королева Е.И.

4. Медицинская эвакуация пациентов с ОКСпST из медицинской организации без возможности проведения ЧКВ в РСЦ автотранспортом СМП должна начаться в течение первых 30 минут. Если предполагается транспортировка бортом санавиации – в течение 2-24 часов. У пациента с ОКСбпST на основании оценки риска неблагоприятного исхода выбирается и реализуется одна из стратегий лечения в стационаре (коронарография с намерением выполнить реваскуляризацию миокарда в первые 2-72 часа после госпитализации или первоначальное неинвазивное лечение). Медицинская эвакуация пациентов с ОКСбпST из медицинской организации без возможности проведения ЧКВ в РСЦ осуществляется в течение 2-72 часов после согласования со специалистом РСЦ.

5. Нетранспортабельные пациенты с ОКС, госпитализированные в медицинские организации без возможности проведения ЧКВ, должны быть проконсультированы врачом-кардиологом/анестезиологом-реаниматологом отделения кардиологии РСЦ ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» с использованием РМИС, с последующим телемедицинским сопровождением не реже 1 раза в сутки до стабилизации состояния и осуществления медицинской эвакуации.

6. После оказания высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с ОКСбпST возможен перевод в первичное сосудистое отделение для дальнейшего лечения.

7. При выписке пациентов с инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией, перенесших ЧКВ со стентированием, коронарное шунтирование выписной эпикриз должен быть направлен в поликлинику по месту жительства в течение первых 24 часов с момента выписки по защищенным каналам связи.

8. Перед выпиской пациент, перенесший инфаркт миокарда, коронарное шунтирование, ЧКВ со стентированием должен быть обеспечен льготными лекарственными препаратами в соответствии с Приказом Минздрава России № 639н от 29.09.2022: выписаны рецепты и выданы пациенту на руки вместе с выписным эпикризом.

9. Главные врачи (начмеды) медицинских организаций, в которых организованы ПСО и РСЦ, главные врачи окружных, центральных районных больниц должны принимать участие в еженедельном селекторном в совещании по оказанию медицинской помощи пациентам с БСК. Главные врачи, медицинских организаций, включенных в маршрутизацию пациентов с острым коронарным синдромом, заполняют с установленной кратностью отчетные формы и мониторинги (см. раздел «Перечень нормативных региональных форм и мониторингов ОКС»).

10. В случае исключения диагноза ОКС в РСЦ/ЧКВ-центре или ПСО и при наличии показании к госпитализации пациента в другую МО медицинская реэвакуация осуществляется бригадой СМП в профильный стационар в соответствии с приоритетностью выполнения вызовов и степенью тяжести состояния пациента.

11. Вызов бригады СМП на медицинскую эвакуацию пациента в РСЦ/ЧКВ - центр из другой МО для первичного ЧКВ обслуживается как экстренный, приоритетный.

12. Главный внештатный кардиолог, руководитель РСЦ должны проводить еженедельные селекторные совещания по оказанию медицинской помощи пациентам с БСК.

Таблица № 4

Маршрутизация пациентов с острым коронарным синдромом,(инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией) на территории Костромской области

Зона ответственности	Показания	Первичная госпитализация	Госпитализация в региональный сосудистый центр
г. Кострома Костромской	1. ОКС с подъемом	ОГБУЗ «Костромская областнаяклиническая	

муниципальный район (численность населения в зоне обслуживания – 306,3 тыс., в том числе взрослого населения – 248,6 тыс. человек)	сегмента ST, ОКС без подъема сегмента ST высокого и очень высокого риска	больница имени Королева Е.И.» кардиологическое отделение №1 с ПРИТ РСЦ Телефон для связи с дежурным врачом кардиологом \ анестезиологом-реаниматологом ПРИТ и дистанционной передачи ЭКГ: (4942) 45- 06-42; Телефон ответственного лица (заведующего кардиологическим отделением № 1 с ПРИТ РСЦ): 8(929)094-26-60	
	ОКС без подъема сегмента ST за исключением высокого и очень высокого риска	ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.» кардиологическое отделение № 2 с ПРИТ РСЦ Телефон для связи с дежурным врачом кардиологом \ анестезиологом-реаниматологом:(4942) 55-97-31; Телефон ответственного лица (заведующего кардиологическое отделение № 2 с ПРИТ РСЦ) : 89109236879	
г. Волгореченск г. Буй г. Нерехта и Нерехтский район Муниципальные округа: Красносельский Судиславский Островский Сусанинский Кадыйский Макарьевский, буйский (численность населения в зоне обслуживания – 168,1 тыс., в том числе взрослого населения –105,4 тыс. человек)	1. ОКС с подъемом сегмента ST, ОКС без подъема сегмента ST высокого и очень высокого риска	ОГБУЗ «Костромская областнаяклиническая больница имени Королева Е.И.» кардиологическое отделение №1 с ПРИТ РСЦ Телефон для связи с дежурным врачом кардиологом \ анестезиологом-реаниматологом ПРИТ и дистанционной передачи ЭКГ: (4942) 45-06-42; Телефон ответственного лица (заведующего кардиологическимотделением №1 с ПРИТ РСЦ): 8(929)094-26-60	
	ОКС без подъема сегмента ST за исключением	ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева	

	высокого и очень высокого риска	Е.И.» кардиологическое отделение №2 с ПРИТ РСЦ Телефон для связи с дежурным врачом кардиологом \ анестезиологом-реаниматологом:(4942) 55-97-51; Телефон ответственного лица (заведующего кардиологическим отделением №2 с ПРИТ РСЦ): 89109236879	
г. Шарья Муниципальные округа: Шарьинский Поназыревский Пыщугский Павинский Вохомский Октябрьский Мантуровский Кологривский Межевской (численность населения в зоне обслуживания – 79,5 тыс., в том числе взрослого населения – 64,8 тыс. человек)	ОКС с подъемом сегмента ST, ОКС без подъема сегмента ST высокого и очень высокого риска	ОГБУЗ «Шарьинская центральная районнаябольница им. Каверина В.Ф.», Телефон для связи с дежурным врачом кардиологом-анестезиологом-реаниматологом .кардиологом: (49449)5-36-86 Телефон ответственного лица (заведующего кардиологическим отделением ПСЦ): 8(915)823-21-29)	ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.» Телефон для связи с дежурным врачом кардиологом \ анестезиологом-реаниматологом ПРИТ и передачи ЭКГ: (4942) 45-06-42; Телефон ответственного лица (заведующего кардиологическим отделением с ПРИТ РСЦ): 8(929)094-26-60
	ОКС без подъема сегмента ST за исключением высокого и очень высокого риска	ОГБУЗ «Шарьинская центральная районная больница им. Каверина В.Ф.»,	

г. Галич Муниципальные округа: Галичский Солигаличский Чухломской Антроповский Парфеньевский Нейский (численность населения в зоне обслуживания – 53,1 тыс., в том числе взрослого населения – 43,8 тыс. человек)	ОКС с подъемом сегмента ST, ОКС без подъема сегмента ST высокого и очень высокого риска	ОГБУЗ «Костромская областнаяклиническая больница имени Королева Е.И.» Кардиологическое отделение № 1 с ПРИТ РСЦ Телефон для связи с дежурным врачом кардиологом \ анестезиологом-реаниматологом ПРИТ и дистанционной передачи ЭКГ: (4942) 45-06-42; Телефон ответственного лица (заведующего кардиологическим отделением №1 с ПРИТ РСЦ): 8(929)094-26-60	
	ОКС без подъема сегмента ST за исключением высокого и очень высокого риска	ОГБУЗ «Галичская центральная районная больница» Кардиологическое отделение первичного сосудистого центра Отделение анестезиологии и реанимации Телефон для связи с дежурным врачом кардиологом-анестезиологом-реаниматологом . кардиологом: (49437)7-14-05 Телефон ответственного лица (заведующего кардиологическимотделением ПСЦ): 89103764796	ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.» Телефон для связи с дежурным врачом кардиологом \ анестезиологом-реаниматологом ПРИТ и передачи ЭКГ: (4942) 45-06-42; Телефон ответственного лица (заведующего кардиологическимотделением с ПРИТ РСЦ): 8(929)094-26-60

Маршрутизация пациентов с острым коронарным синдромом в случае неисправности ангиографа в ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.»

1. Пациенты с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST на ЭКГ после выполненной на догоспитальном этапе тромболитической терапии доставляются в РСЦ и ПСЦ Костромской области в соответствии с

установленной маршрутизацией и переводятся в течение первых 24 часов для проведения отсроченного чрескожного коронарного вмешательства (стентирования коронарных артерий) в ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» с использованием сил и средств санитарного авто- и авиатранспорта.

2. Пациенты с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST на ЭКГ давностью до 48 часов, проживающие в г. Волгореченск, бригадами СМП доставляются в ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» для проведения первичного ЧКВ.

3. Пациенты с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST на ЭКГ доставляются в РСЦ и ПСЦ Костромской области в соответствии с установленной маршрутизацией, и переводятся для проведения чрескожного коронарного вмешательства (стентирования коронарных артерий) в ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» по показаниям, в сроки, установленные действующими клиническими рекомендациями, в зависимости от степени риска.

Перевод пациентов должен быть предварительно согласован с заведующим отделением неотложной кардиологии ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» или дежурным кардиологом.

Таблица № 5

Раздел II. Схема маршрутизации больных старше 18 лет с сердечно-сосудистыми заболеваниями,нуждающихся в оказании экстренной и неотложной медицинской помощи, в том числе с ОКС

Медицинские учреждения Костромской области	Зона закрепленных муниципальных образований
Первичная специализированная медико-санитарная помощь	
ОГБУЗ «Шарьинская центральная районная больница им.В.Ф. Каверина» первичное сосудистое отделение № 3 (20 коек)кардиологическое отделение (15 коек) отделение анестезиологии и реанимации (6 коек)	г. Шарья, Муниципальные округа: Шарьинский, Поназыревский, Вохомский, Октябрьский, Пыщугский, Павинский, Кологривский, Межевской, Мантуровский с острыми и неотложнымисердечно - сосудистыми заболеваниями (состояниями), в том числе ОКС Численность населения в зоне обслуживания – 79,5 тыс., в том числе взрослого населения – 64,8 тыс. человек.
ОГБУЗ «Галичская центральная районная больница» кардиологическое отделение ПСЦ № 2 (15 коек) кардиологическое отделение (12 коек) отделение анестезиологии и реанимации (6 коек)	г. Галич, Муниципальные округа: Галичский, Чухломской, Солигаличский, Антроповский, Парфеньевский, Нейский. с острыми и неотложнымисердечно - сосудистыми заболеваниями (состояниями), в том числе ОКС Численность населения в зоне обслуживания – 53,1 тыс., в том числе взрослого населения – 43,8 тыс. человек.
ОГБУЗ «Буйская центральная районная больница» кардиологическое отделение (9 коек) отделение анестезиологии и реанимации (6 коек)	г. Буй, Буйский муниципальный округ с острыми и неотложнымисердечно - сосудистыми заболеваниями (состояниями), кроме ОКС Численность населения в зоне обслуживания – 28,6 тыс., в том числе взрослого населения – 23,5 тыс. человек
ОГБУЗ «Нерехтская центральная районная больница» кардиологические койки (14 коек) втерапевтическом отделении отделение анестезиологии и реанимации (6 коек)	г. Нерехта, Нерехтский муниципальный район с острыми и неотложнымисердечно - сосудистыми заболеваниями (состояниями), кроме ОКС Численность населения в зоне обслуживания – 27,9 тыс., в том числевзрослого населения – 23,4 тыс. человек
Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь	
ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.» кардиологическое отделение №2 с ПРИТ регионального сосудистого центра (всего 66 коек, в том числе 6 ПРИТ)	г.Кострома, Костромской муниципальный район, Муниципальные округа: Красносельский, Судиславский, Островский,Сусанинский, Кадыйский, Макарьевский, г. Волгореченск с острыми и неотложнымисердечно - сосудистыми заболеваниями (состояниями), в том числе ОКС без подъема сегмента ST Численность населения в зоне обслуживания – 418,0 тыс., в том числе взрослого населения – 307,1 тыс. человек

ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.» кардиологическое отделение №1 с ПРИТ регионального сосудистого центра (всего 50 коек, втом числе 6 коек ПРИТ)	г. Кострома, Костромской муниципальный район, Муниципальные округа: Красносельский, Судиславский, Островский, Сусанинский, Кадыйский, Макарьевский, Буйский, Галичский, Чухломской, Солигаличский, Антроповский, Парфеньевский, Нейский, г. Нерехта и Нерехтский муниципальный район, г. Волгореченск, г. Галич, - специализированная медицинская помощь пациентам с острым коронарным синдромом в зоне «прямой» госпитализации в соответствии с разделом III Регламента маршрутизации пациентов с острыми и неотложными сердечно - сосудистыми заболеваниями (состояниями) на территории Костромской области; - при переводе пациентов с ОКС из других медицинских организаций области в соответствии с разделом IV Регламента маршрутизации пациентов с - все муниципальные образования Костромской области при наличиипоказаний к рентгенэндоваскулярным вмешательствам. Численность населения в зоне обслуживания – 566,3 тыс., в том числевзрослого населения – 462,5 тыс. человек
Высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая за пределами Костромской области	
Федеральные государственные медицинские организации, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения РФ	все муниципальные образования Костромской области Численность населения в зоне обслуживания – 566,3 тыс., в том числевзрослого населения – 462,5 тыс. человек

Таблица № 6

Раздел III. Алгоритм оказания медицинской помощи и маршрутизация пациентов с острым коронарным синдромом (нестабильной стенокардией, инфарктом миокарда на территории Костромской области, поступивших\выявленных в медицинских организациях, в которых нет возможности выполнения ЧКВ

Медицинская организация	Алгоритм действий
ОГБУЗ «Окружная больница Костромского округа № 1», ОГБУЗ «Городская больница г. Костромы»;ОГБУЗ «Костромская центральная районная больница»; ЛПУ «Санаторий «Колос», другие непрофильные ОГБУЗ, расположенные в г.Костроме ОГБУЗ «Волгореченская ГБ» ОГБУЗ «Красносельская РБ» ОГБУЗ «Судиславская РБ» ОГБУЗ «Островская РБ» ОГБУЗ «Сусанинская РБ» ОГБУЗ «Кадыйская РБ» ОГБУЗ «Макарьевская РБ» ОГБУЗ Нерехтская ЦРБ» ОГБУЗ «Буйская ЦРБ»	Очная\телемедицинская (с направлением заявки в установленном порядке) консультация кардиолога кардиологического отделения №1 с ПРИТ регионального сосудистого центра. В экстренных случаях — по согласованию с дежурным кардиологом ПРИТ кардиологического отделения №1 с ПРИТ РСЦ. При наличии показаний к ЧКВ - перевод пациента в кардиологическое отделение №1 с ПРИТ РСЦ ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.». При отсутствии показаний к ЧКВ - перевод пациента в кардиологическое отделение №2 с ПРИТ РСЦ ОГБУЗ КОКБ имени Королева Е.И»
ОГБУЗ «Шарьинская центральная районная больница им. Каверина В.Ф.» ОГБУЗ «Галичская центральная районная больница»	Телемедицинская (с направлением заявки в установленном порядке) консультация кардиолога кардиологического отделения регионального сосудистого центра или доклад о пациенте на ежедневном утреннем видеоселекторе РСЦ с ПСО. В экстренных случаях — по согласованию с дежурным кардиологом ПРИТ кардиологического отделения №1 с ПРИТ РСЦ. При наличии показаний к интервенционному лечению, которые определяются кардиологом ПСО, по согласованию с дежурным кардиологом ПРИТ кардиологического отделения №1 РСЦ в каждом конкретном случае, перевод в Региональный сосудистый центр ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.»: - ОКС с подъемом сегмента ST после ТЛТ при ее неэффективности – незамедлительно при эффективности - в течение 24 часов при отсутствиипротивопоказаний к переводу; - ОКС без подъема сегмента ST: пациенты очень высокого риска - в течение 2 часов, высокого риска – 24 часов, среднего риска - 72 часов. Направление пациента в течение 1 месяца после выписки из отделения в кардиологический диспансер ОГБУЗ

	«Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.» для определения дальнейшей тактики лечения в обязательном порядке.
ОГБУЗ «Вохомская ЦРБ» ОГБУЗ «Кологривская РБ»	Очная\телемедицинская (с направлением заявки в установленном порядке) консультация кардиолога кардиологического отделения ПСЦ №3 ОГБУЗ «Шарьинская ЦРБ им.Каверина В.Ф.». В экстренных случаях по согласованию с дежурным кардиологом \ анестезиологом-реаниматологом перевод пациента с ОКС в кратчайшиесроки в кардиологическое отделение ПСЦ № 3 ОГБУЗ «Шарьинская ЦРБ им.Каверина В.Ф.» бригадой СМП. В дальнейшем решение вопроса кардиологом о показаниях и сроках перевода в РСЦ для выполнения ЧКВ. Согласование перевода с дежурным кардиологом ПРИТ кардиологического отделения №1 с ПРИТ РСЦ в каждом конкретном случае, перевод в Региональный сосудистый центр ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.»: - ОКС с подъемом сегмента ST после ТЛТ в течение 24 часов при отсутствии противопоказаний к переводу; - ОКС без подъема сегмента ST: пациенты очень высокого риска - в течение 2 часов, высокого риска – 24 часов, среднего риска - 72 часов
ОГБУЗ «Мантуровская ЦРБ» 1. ОКС с подъемом сегмента ST электрокардиограммы 2. ОКС без подъема сегмента ST электрокардиограммы	Очная \ телемедицинская (с направлением заявки в установленном порядке) консультация кардиолога кардиологического отделения регионального сосудистого центра. В экстренных случаях — по согласованию с дежурным кардиологом ПРИТ кардиологического отделения РСЦ, при наличии показаний к ЧКВ - перевод пациента в Региональный сосудистый центр ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.» в течение 24 часов после выполнения ТЛТ при отсутствии противопоказаний к переводу, вертолетом санитарной авиации \ бригадой СМП. Очная\телемедицинская (с направлением заявки в установленном порядке) консультация кардиолога кардиологического отделения ПСЦ №3 ОГБУЗ «Шарьинская ЦРБ имени Каверина В.Ф.». В экстренных случаях по согласованию с дежурным кардиологом \ анестезиологом-реаниматологом

	- перевод пациента с ОКС в кратчайшие сроки в кардиологическое отделение ПСЦ № 3 ОГБУЗ «Шарьинская ЦРБ им.Каверина В.Ф.» бригадой СМП. В дальнейшем решение вопроса кардиологом о показаниях и сроках перевода в РСЦ для выполнения ЧКВ (ОКС без подъема сегмента ST: пациенты очень высокого риска - втечение 2 часов, высокого риска – 24 часов, среднего риска - 72 часов).
ОГБУЗ «Солигаличская РБ»ОГБУЗ «Чухломская РБ» ОГБУЗ «Антроповская РБ» ОГБУЗ «Парфеньевская РБ»ОГБУЗ «Нейская РБ» 1. ОКС с подъемом сегмента ST электрокардиограммы	Очная \ телемедицинская (с направлением заявки в установленном порядке) консультация кардиолога кардиологического отделения №1 с ПРИТ РСЦ регионального сосудистого центра. В экстренных случаях — по согласованию с дежурным кардиологомПРИТ кардиологического отделения РСЦ, при наличии показаний к ЧКВ - перевод пациента в Региональный сосудистый центр ОГБУЗ «Костромскаяобластная клиническая больница имениКоролева Е.И.» в течение 24 часов после выполнения ТЛТ при отсутствии противопоказаний к переводу, вертолетом санитарной авиации \ бригадой СМП.
2. ОКС без подъема сегмента ST электрокардиограммы	Очная \ телемедицинская (с направлением заявки в установленном порядке) консультация кардиолога кардиологического отделения ПСЦ №2 ОГБУЗ «Галичская ЦРБ». В экстренных случаях по согласованию с дежурным кардиологом \ анестезиологом-реаниматологом перевод пациента с ОКС в кратчайшие сроки в кардиологическое отделение ПСЦ № 2 ОГБУЗ «Галичской ЦРБ» бригадой СМП. В дальнейшем решение вопросакардиологом о показаниях и сроках перевода в РСЦ для выполнения ЧКВ (ОКС без подъема сегмента ST: пациенты очень высокого риска - в течение 2 часов, высокого риска – 24 часов, среднего риска - 72 часов).

Телефон для связи с дежурным врачом кардиологом \ анестезиологом- реаниматологом ПРИТ и дистанционной передачи ЭКГ: (4942) 45-06-42;

Телефон ответственного лица (заведующего кардиологическим отделением №1 с ПРИТ РСЦ): 8(929)094-26-60;

Телефон руководителя РСЦ: 8(906) 523-02-24;

Телемедицинская консультация организуется и проводится в соответствии

с приказом департамента здравоохранения Костромской области от 01.03.2022 № 189 «О внедрении централизованной системы (подсистемы) «Телемедицинские консультации» Костромской области», приказом департамента здравоохранения Костромской области от 19.12.2023 № 1466 «О внесении изменений в приказ ДЗКО от 01.03.2022 № 189». Ответственное лицо – начальник организационно – методического отдела ОГБУЗ КОКБ имени Королева Е.И, телефон для связи: 8 (915) 9078448, адрес электронной почты: raevskayaau@kokb44.ru.

Раздел IV. Алгоритм организации оказания медицинской помощи и маршрутизация пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, нуждающихся в оказании экстренной и неотложной медицинской помощи на территории Костромской области (за исключением больных с острым коронарным синдромом)

1. Указанный ниже алгоритм госпитализации пациентов с этапа скорой медицинской помощи реализуется при выявлении острых и неотложных сердечно-сосудистых заболеваний (состояний), за исключением острого коронарного синдрома.

Таблица № 7

№ п/п	Кто направляет: Бригады скорой медицинской помощи медицинских организаций области в зоне обслуживания указанных муниципальных образований	Куда направляет: В медицинские организации области, в которых оказывается специализированная медицинская помощь по профилю «кардиология»
1	г. Кострома, Костромской муниципальный район г. Волгореченск, Муниципальные округа: Судиславский, Островский, Красносельский, Сусанинский Кадыйский, Макарьевский	ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.» Кардиологическое отделение №2 с ПРИТ РСЦ Телефон для связи с дежурным врачом кардиологом \ анестезиологом-реаниматологом:(4942) 55-97-51; Телефон ответственного лица (заведующего кардиологическим отделением №2 с ПРИТ РСЦ): 89109236879
2	г. Нерехта и Нерехтский муниципальный район	ОГБУЗ «Нерехтская центральная районная больница» Кардиологические койки, отделение анестезиологии и реанимации
3	г. Буй Буйский муниципальный округ	ОГБУЗ «Буйская центральная районная больница» Кардиологическое отделение, отделение анестезиологии и реанимации
4	г. Шарья, Муниципальные округа: Шарьинский, Поназыревский, Пыщугский, Павинский, Вохомский, Октябрьский, Мантуровский, Кологривский Межевской	ОГБУЗ «Шарьинская центральная районная больница им. Каверина В.Ф.» Кардиологическое отделение, отделение анестезиологии и реанимации Телефон для связи с дежурным врачом

		кардиологом, анестезиологом - реаниматологом \ кардиологом: (49449)5-36-86 Телефон ответственного лица (заведующего кардиологическим отделением ПСЦ): 8(915)823-21-29)
5	г. Галич, Муниципальные округа: Галичский, Солигаличский, Чухломской, Антроповский, Парфеньевский, Нейский	ОГБУЗ «Галичская центральная районная больница» Кардиологическое отделение ПСЦ, отделение анестезиологии и реанимации Телефон для связи с дежурным врачом кардиологом- анестезиологом-реаниматологом кардиологом: (49437)7-14-05 Телефон ответственного лица (заведующего кардиологическим отделением ПСЦ): 89103764796

2. Медицинские организации, участвующие в оказании специализированной медицинской помощи, схема маршрутизации направления больных, нуждающихся в оказании экстренной и неотложной медицинской помощи соответствуют Разделу II Регламента маршрутизации пациентов с острыми и неотложными сердечно-сосудистыми заболеваниями (состояниями) на территории Костромскойобласти.

3. Показания к госпитализации в рамках оказания экстренной и неотложной специализированной медицинской помощи (кроме ОКС):

1) кардиогенный шок, выраженная артериальная гипотензия кардиогенной, сосудистой природы;

2) осложненные гипертонические кризы, сопровождающиеся острой сердечной недостаточностью, нарушениями ритма сердца, энцефалопатией;

3) другие пациенты с дестабилизацией течения артериальной гипертонии госпитализируются:

– в терапевтические отделения окружных, городских, центральных районных, межрайонных, районных больниц в соответствии с зонами ответственности, определенными приказом департамента здравоохранения Костромской области по профилю «терапия»;

- в зоне обслуживания ОГБУЗ «Костромская областная станция скорой медицинской помощи и медицины катастроф», в том числе проживающие в районах Костромской области, госпитализируются вне зависимости от регистрации, по адресу вызова бригады СМП в терапевтические отделения ОГБУЗ «ГБ г. Костромы», ОГБУЗ «ОБКО № 1» в соответствии с зонами ответственности, определенными приказом департамента здравоохранения Костромской области по профилю «терапия»);

4) больные с другими формами острой сердечной недостаточности или хронической сердечной недостаточности, осложненной развитием отека легких;

5) другие пациенты с декомпенсацией течения хронической сердечной недостаточности госпитализируются:

- в терапевтические отделения окружных, городских, центральных районных, межрайонных, районных больниц в соответствии с зонами ответственности, определенными приказом департамента здравоохранения Костромской области по профилю «терапия»;

- в зоне обслуживания ОГБУЗ «Костромская областная станция скорой медицинской помощи и медицины катастроф», в том числе проживающие в районах Костромской области, госпитализируются вне зависимости от регистрации, по адресу вызова бригады СМП в терапевтические отделения ОГБУЗ ГБ г. Костромы, ОГБУЗ ОБКО № 1 в соответствии с зонами ответственности, определенными приказом департамента здравоохранения Костромской области по профилю «терапия»);

6) тромбоэмболия легочной артерии при госпитализации с этапа скорой медицинской помощи. При выявлении ТЭЛА во время госпитализации в медицинской организации возможно лечение пациента в отделении анестезиологии-реанимации по месту выявления с согласованием тактики ведения по результатам консультации кардиолога (в случаях, если транспортировка может привести к ухудшению состояния пациента, транспортабельность определяется консилиумом), в том числе с использованием телемедицинской консультации в РМИС.

4. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи пациентам с нарушениями ритма сердца и проводимости осуществляется в соответствии с Регламентом маршрутизации пациентов с нарушениями ритма сердца и проводимости (приложение № 3 к Порядку маршрутизации).

5. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью осуществляется в соответствии с Регламентом маршрутизации пациентов с хронической сердечной недостаточностью (приложение № 3 к Порядку маршрутизации).

6. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи пациентам с тромбоэмболией легочной артерии осуществляется в соответствии с Регламентом маршрутизации пациентов с тромбоэмболией легочной артерии (приложение № 3 к Порядку маршрутизации).

7. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи пациентам с острым аортальным синдромом осуществляется в соответствии с Регламентом маршрутизации пациентов с острым аортальным синдромом (приложение № 3 к Порядку маршрутизации).

8. Беременные с сердечно-сосудистыми заболеваниями и состояниями, требующими экстренной и неотложной медицинской помощи проживающие на территории г.Костромы, Костромского, Судиславского, Островского, Красносельского, Сусанинского, Кадыйского, Макарьевского районов г. Волгореченска, г. Галича, Галичского, Солигаличского, Антроповского, Чухломского, Парфеньевского, Нейского районов госпитализируются в кардиологическое отделение № 2 РСЦ с ПРИТ ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.»

9. Пациенты с гипертоническом кризом на фоне ОКС госпитализируются в соответствии со схемой маршрутизации ОКС.

10. Пациенты с гипертоническим кризом на фоне развития ОНМК госпитализируются в соответствии со схемой маршрутизации ОНМК.

Раздел V. Порядок направления на реабилитационные мероприятия пациентов, перенесших острый коронарный синдром

Медицинская реабилитация пациентов после перенесенного ОКС и ССЗ осуществляется в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации №788н от 31.07.2020 года «Об утверждении порядка медицинской реабилитации взрослых».

На II этап медицинской реабилитации подлежат направлению пациенты имеющие статус по ШРМ 4-6 баллов.

В соответствии с требованиями приказа департамента здравоохранения Костромской области № 696 от 22.06.2023 «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» взрослому населению в Костромской области (Положение) определен порядок направления и маршрутизации пациентов.

В соответствии с Приложением № 4 к указанному приказу, II этап медицинской реабилитации пациентам по профилю «соматическая патология» оказывается в специализированном реабилитационном отделении ОГБУЗ «Костромской госпиталь для ветеранов войн» и ЛПУ «Санаторий Колос».

В соответствии с п.9.2 Приложения №1 к Положению, выбор отделения медицинской реабилитации при маршрутизации на второй этап медицинской реабилитации осуществляется при наличии медицинских показаний (с учетом тяжести и состояния пациента) после предварительной консультации специалиста по медицинской реабилитации (в режиме телемедицинской консультации, очно, по телефону). При определении очередности поступления пациентов в отделение медицинской реабилитации 2 этапа приоритет отдается пациентам в остром или раннем восстановительном периоде заболевания, направленным специализированным отделением по профилю оказываемой помощи.

На III этап медицинской реабилитации подлежат направлению пациенты, имеющие статус по ШРМ 2-3 балла

В соответствии с Приложением №4 к указанному приказу III этап медицинской реабилитации пациентам по профилю «соматическая патология» оказывается в амбулаторном отделении медицинской реабилитации № 2 Центра медицинской реабилитации ОГБУЗ Городская больница г. Костромы и ЛПУ «Санаторий Колос».

Раздел VI

Схема № 1 маршрутизации пациентов с ОКС на территории Костромской области



Раздел VII. Расстояния и время доставки автомашинами «скорой помощи» пациентов с экстренными и неотложными сердечно-сосудистыми заболеваниями и осложнениями в зоне «прямой» госпитализации в РСЦ и ПРИТ 1 кардиологического отделения ОГБУЗ» КОКБ имени Королева Е.И.» (г.Кострома)

Таблица № 8

Муниципальное образование	Расстояние (км)	Время доставки
Муниципальные округа		
Макарьевский	185	2 часа 33 минуты
Кадыйский	144	2 часа 06 минут
Островский	88	1 час 22 минуты
Судиславский	52	53 минуты
Красносельский	37	47 минут
Сусанинский	62	1 час
Солигаличский	220	3 часа 10 минут
Чухломской	174	2 часа 26 минут
Парфеньевский	202	2 часа 52 минуты
Антроповский	167	2 часа 22 минуты
Нейский	227	3 часа 14 минут
Буйский	103	1 час 35 минут
Галичский	125	1 час 51 минута
Муниципальные районы		
г. Нерехта и Нерехтский район	47	52 минуты
Городские округа		
г. Волгореченск	45	45 минут
г. Буй	103	1 час 35 минут
г. Галич	125	1 час 51 минута

Таблица № 9

Расстояния и время доставки автомашинами «скорой помощи» пациентов с экстренными и неотложными сердечно-сосудистыми заболеваниями и осложнениями в зоне «прямой» госпитализации в ПСО ОГБУЗ «Шарьинскаяокружная больница имени В.Ф.Каверина» (г.Шарья)

Муниципальные округа	Расстояние (км)	Время доставки
Октябрьский	171	2 часа 50 минут
Вохомский	154	2 часа 34 минуты
Павинский	105	1 час 45 минут
Пыщугский	65	1 час 05 минут
Мантуровский	68	1 час 08 минут
Кологривский	121	2 часа 01 минута
Межевской	68	1 час 08 минут
Поназыревский	53	53 минуты

Расстояние от ПСО ОГБУЗ «Шарьинская центральная районная больница имени В.Ф.Каверина» (г.Шарья) до РСЦ ОГБУЗ» КОКБ имени Королева Е.И.» (г.Кострома) – 320 км, время доставки на автомашине 4 часа 27 минут.

Время доставки пациентов вертолетами санитарной авиации в РСЦ ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» (с учетом полета вертолета туда и обратно):

из ОГБУЗ «Шарьинская центральная районная больница имени В.Ф. Каверина (г. Шарья) – 3 часа.

из ОГБУЗ «Мантуровская центральная районная больница» (г.Мантурово) – 3 часа из ОГБУЗ «Вохомская центральная районная больница» (п. Вохма) – 5 часов из ОГБУЗ «Галичская центральная районная больница» (г. Галич) – 1,5 часа.

Раздел VIII. Перечень региональных отчетных форм и мониторингов при болезнях системы кровообращения.

1. Контрольный лист по принятию решения бригадой скорой медицинской помощи (СМП) о проведении больному с острым коронарным синдромом (ОКС) тромболитической терапии (ТЛТ) - утвержден приказом департамента здравоохранения Костромской области № 265 от 21.03.2022.
2. Карта оценки временных показателей при оказании медицинской помощи больному ОКС – утверждена приказом департамента здравоохранения костромской области № 1182 от 20.12.2021.
3. Мониторинг догоспитального тромболизиса больным с ОКС, ежемесячный - главный внештатный специалист по СМП департамента здравоохранения Костромской области.
4. Мониторинг целевого времени доезда бригад СМП не более 20 мин при ОКС и ОНМК, ежемесячный – главный внештатный специалист по СМП департамента здравоохранения Костромской области.
5. Сведения о пациентах, перенесших острый и повторный инфаркт миокарда, больничная летальность по медицинским организациям области, ежемесячный - главный внештатный специалист кардиолог департамента здравоохранения Костромской области
6. Распределение умерших по причинам смерти по муниципальным образованиям области, ежемесячный – готовит ОГБУЗ «МИАЦ» Костромской области.
7. Ежемесячный отчет о работе главного внештатного специалиста кардиолога в департамент здравоохранения Костромской области по актуальной форме, утвержденной приказом департамента здравоохранения Костромской области.
8. Ежегодный отчет главного кардиолога по актуальной форме, утвержденной приказом департамента здравоохранения Костромской области.
9. Видеоселекторные конференции РСЦ и ПСО по профильности госпитализации больных с ОКС и ОНМК – ежедневно, с оформлением результатов в журнале руководитель РСЦ ОГБУЗ КОКБ имени Королева Е.И.
10. Видеоселекторные конференции РСЦ с ОГБУЗ «Костромская станция скорой медицинской помощи» и отделениями скорой медицинской помощи медицинских организаций Костромской области в зоне «прямой

госпитализации» в РСЦ-ежедневно, с оформлением Чек-листа «Оценка качества оказания медицинской помощи пациенту с ОКС бригадой скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе».

11. Мониторинг выполнения ЧКВ подлежащим больным с ОКС и достижения целевого показателя ЧКВ региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», ежемесячный - главный внештатный специалист кардиолог департамента здравоохранения Костромской области.

12. Мониторинг интервалов «симптом-звонок», «звонок-баллон», «дверь-баллон», ежемесячный - руководитель РСЦ ОГБУЗ КОКБ имени Королева Е.И.

13. Мониторинг достижения целевых показателей региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»: Больничная летальность от острого инфаркта миокарда, доля лиц высокого риска сердечно-сосудистых осложнений, и/или перенесших операции на сердце, обеспеченных бесплатными лекарственными препаратами, доля случаев выполнения тромболитической терапии и стентирования коронарных артерий пациентам с инфарктом миокарда от всех пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые сутки от начала заболевания (охват реперфузионной терапией) - ежемесячный – ОГБУЗ МИАЦ Костромской области совместно с главным внештатным специалистом кардиологом департамента здравоохранения Костромской области.

14. Сведения об основных целевых показателях деятельности регионального сосудистого центра и первичных сосудистых отделений по оказанию медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом в субъекте Российской Федерации, участвующем в реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, ежемесячно - руководитель РСЦ ОГБУЗ КОКБ имени Королева Е.И.

Раздел IX. Список контактов для взаимодействия с ответственными лицами и службами медицинских организаций, задействованными в оказании медицинской помощи пациентам с ОКС и другими острыми и неотложными заболеваниями (состояниями)

Таблица № 10

Медицинская организация	Ответственные должностные лица	Контакты
ОГБУЗ «КОКБ имени КоролеваЕ.И.»	Руководитель РСЦ	8-4942-35-47-81
	Заместитель главного врача по медицинской части	8-4942-55-37-73
	Заведующий отделением кардиологии №1 с ПРИТ РСЦ	8-4942-55-95-21
	Дежурный врач ПРИТ отделения кардиологии №1 РСЦ	8-4942- 45-06-42
	Заведующий кардиологическим отделением №2 с ПРИТ РСЦ	8-4942 -45-31-32

	Дежурный врач ПРИТ кардиологического отделения №2 РСЦ	8-4942-55-97-31
ОГБУЗ «Шарьинская центральная районная больница имени В.Ф. Каверина»	Заведующий ПСО	8-49449-5-41-60
	Заместитель главного врача по медицинской части	8-49449 – 5-41-58
	Отделение анестезиологии и реанимации, дежурный врач	8-49449-5-36-86
ОГБУЗ «Галичская центральная районная больница»	Заведующий ПСО (врач кардиолог)	8-49437 – 7-14-04
	Отделение анестезиологии и реанимации, дежурный врач	8- 49437-7-14-05
	Заместитель главного врача по медицинской части	8-49437-2-10-05
ОГБУЗ «Буйская центральная районная больница»	Заместитель главного врача по медицинской части	8-49435-4-29-66
	Отделение анестезиологии и реанимации, дежурный врач	8-49435-4-29-90
	Отделение кардиологии, заведующий отделением	8-49435-4-29-59
ОГБУЗ «Нерехтская центральная районная больница»	Заместитель главного врача по медицинской части	8-49431- 7-53-22
	Терапевтическое отделение, кардиологические койки, заведующий отделением	8-49431-7-56-87
	Отделение анестезиологии и реанимации, дежурный врач	8-49431 – 7-57-90
ОГБУЗ «Костромская областнаястанция скорой медицинской помощи и медицины катастроф»	Заместитель главного врача по медицинской части	8-4942-31-62-44
	Старший врач смены	8-4942-31-61-67

Приложение № 2
к Порядку маршрутизации

Регламент маршрутизации пациентов с хронической сердечной недостаточностью и другими хроническими сердечно - сосудистыми заболеваниями(состояниями)

Настоящий регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи больным хронической сердечной недостаточностью (далее – ХСН) и другими хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями (состояниями).

Таблица № 11

Раздел I. Схема маршрутизации больных старше 18 лет с хронической сердечной недостаточностью и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями, нуждающихся в оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в условиях стационара в плановом порядке

Медицинские организации Костромской области	Зона закрепленных муниципальных образований
1. Первичная специализированная медико-санитарная помощь (амбулаторный этап)	
ОГБУЗ «Шарьинская центральная районная больница им.В.Ф.Каверина» кардиологический кабинет поликлиники кабинет ХСН	г. Шарья, Муниципальные округа: Шарьинский, Поназыревский, Вохомский, Октябрьский,Пыщугский, Павинский, Мантуровский, Межевской, Кологривский Численность населения в зоне обслуживания – 79,5 тыс., в том числевзрослого населения – 64,8 тыс. человек.
ОГБУЗ «Галичская центральная районная больница» кардиологический кабинет поликлиники	г. Галич, Муниципальные округа Галичский, Чухломской, Солигаличский, Антроповский, Парфеньевский, Нейский Численность населения в зоне обслуживания – 53,1 тыс., в том числевзрослого населения – 43,8 тыс. человек.
ОГБУЗ «Нерехтская ЦРБ» кардиологический кабинет поликлиники.	г. Нерехта, Нерехтский муниципальный район Численность населения в зоне обслуживания – 27,9 тыс., в том числевзрослого населения – 23,4 тыс. человек
ОГБУЗ «Городская больница г.Костромы»кардиологический кабинет поликлиники.	- территория обслуживания ОГБУЗ «Городская больница г.Костромы»(поликлиника взрослых № 1) Численность населения в зоне обслуживания – 81,5 тыс., в том числевзрослого населения – 62,2 тыс. человек

ОГБУЗ «Костромская областная клиническаябольница имени Королева Е.И.» кардиодиспансер кардиологический дневной стационар	г. Кострома, кроме территории обслуживания ОГБУЗ «Городская больница г. Костромы» (поликлиника взрослых № 1) в части оказания амбулаторно-поликлинической медицинской помощи; Костромской муниципальный район, Муниципальные округа: Красносельский, Судиславский, Островский, Сусанинский, Кадыйский, Макарьевский, Бйский, г. Волгореченск, г.Буй. Численность населения в зоне обслуживания – 365,0 тыс., в том числевзрослого населения – 330,6 тыс. человек - г.Кострома, Костромской муниципальный район, Муниципальные округа: Красносельский, Судиславский, Островский,Сусанинский, г. Волгореченск: - диспансерное наблюдение врачом кардиологом кардиодиспансера ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И. в соответствии с разделом III Регламента маршрутизации пациентов с хронической сердечной недостаточностью и другими хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями и состояниями на территории Костромской области); Численность населения в зоне обслуживания – 365,0 тыс., в том числе взрослого населения – 330,6 тыс. человек - Консультативная помощь – все муниципальные образованияКостромской области Численность населения в зоне обслуживания – 566,3 тыс., в том числе взрослого – 462,5 тыс. человек. - г. Кострома, Костромской район и другие муниципальные образования Костромской области (при возможности пребывания пациентов на территории г.Костромы или Костромского района в период лечения) при наличии показаний к лечению в условиях дневного стационара в соответствии с разделом I Регламента маршрутизации пациентов с хронической сердечной недостаточностью и другими хроническими сердечно - сосудистыми заболеваниями (состояниями); Численность населения в зоне обслуживания – 306,3 тыс., в том числе взрослого населения – 248,6 тыс. человек
2. **Медицинские организации 1 уровня, стационарный этап, терапевтические койки**	
ОГБУЗ «ОБКО №1», ОГБУЗ «ГБ г.Костромы»	г. Кострома
ОГБУЗ «Антроповская РБ»	Антроповский муниципальный округ
ОГБУЗ «Буйская ЦРБ»	г. Буй, Буйский муниципальный округ
ОГБУЗ «Вохомская ЦРБ»	Муниципальные округа: Вохомский, Октябрьский, Павинский
ОГБУЗ «Галичская центральная	г. Галич, Галичский муниципальный округ

районная больница»	
ОГБУЗ «Кадыйская РБ»	Кадыйский муниципальный округ
ОГБУЗ «Костромская ЦРБ»	Костромской муниципальный район
ОГБУЗ «Красносельская РБ»	Красносельский муниципальный округ
ОГБУЗ «Макарьевская РБ»	Макарьевский муниципальный округ
ОГБУЗ «Нерехтская ЦРБ»	г.Нерехта и Нерехтский муниципальный район
ОГБУЗ «Островская РБ»	Островский муниципальный округ
ОГБУЗ «Солигаличская РБ»	Солигаличский муниципальный округ
ОГБУЗ «Судиславская РБ»	Судиславский муниципальный округ
ОГБУЗ «Сусанинская РБ»	Сусанинский муниципальный округ
ОГБУЗ «Чухломская РБ»	Чухломской муниципальный округ
ОГБУЗ «Шарьинская центральная районная больница им.В.Ф.Каверина»	г. Шарья, Муниципальные округа: Шарьинский, Пыщугский, Поназыревский
ОГБУЗ «Кологривская РБ»	Кологривский муниципальный округ
ОГБУЗ «Мантуровская центральная районная больница»	Муниципальные округа: Мантуровский , Межевской
ОГБУЗ «Волгореченская РБ»	г. Волгореченск
ОГБУЗ «Нейская РБ»	Нейский муниципальный округ
ОГБУЗ «Парфеньевская РБ»	Парфеньевский муниципальный округ

3. Специализированная медицинская помощь (медицинские организации 2 уровня)	
ОГБУЗ «Шарьинская центральная районная больница им.В.Ф.Каверина» кардиологическое отделение (15 коек)	г. Шарья, Муниципиальные округа: Шарьинский, Поназыревский, Вохомский, Октябрьский, Пыщугский, Павинский Численность населения в зоне обслуживания – 57,7 тыс., в том числевзрослого населения – 46,7 тыс. человек.
ОГБУЗ «Мантуровская центральная районная больница», Кардиологические койки (5 коек) в терапевтическом отделении	Муниципальные округа: Мантуровский, Межевской, Кологривский Численность населения в зоне обслуживания – 21,8 тыс., в том числевзрослого населения – 18,0 тыс. человек.
ОГБУЗ «Нерехтская ЦРБ» Кардиологические койки (14 коек) в терапевтическом отделении	г. Нерехта и Нерехтский муниципальный район Численность населения в зоне обслуживания – 27,9 тыс., в том числевзрослого населения – 23,4 тыс. человек
ОГБУЗ «Буйская ЦРБ» кардиологическое отделение (9 коек)	г. Буй, Буйский муниципальный округ Численность населения в зоне обслуживания – 28,6 тыс., в том числевзрослого населения – 23,5 тыс. человек
4. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь (медицинские организации 3 уровня)	
ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.» кардиологическое отделение с ПРИТ №2 РСЦ (всего 66коек, в том числе 6 ПРИТ)	- г.Кострома, Костромской муниципальный район, Муниципальные округа: Красносельский, Судиславский, Островский, Сусанинский, Кадыйский, Макарьевский, г. Волгореченск - плановая специализированная медицинская помощь в условиях стационара в соответствии с разделами II, IV, V Регламента маршрутизации пациентов с хронической сердечной

	недостаточностью и другими хроническими сердечно - сосудистыми заболеваниями (состояниями), Регламентом маршрутизации пациентов с нарушениями ритма сердца и проводимости Численность населения в зоне обслуживания – 418,0 тыс., в том числе взрослого населения – 307,1 тыс. человек - г. Кострома, все районы области при наличии показаний к оказанию специализированной медицинской помощи по профилю «кардиология» в условиях стационара в соответствии с разделами II, IV, V Регламента маршрутизации пациентов с хронической сердечной недостаточностью и другими хроническими сердечно - сосудистыми заболеваниями (состояниями), Регламентом маршрутизации пациентов с нарушениями ритма сердца и проводимости; Численность населения в зоне обслуживания – 566,3 тыс., в том числе взрослого населения – 462,5тыс. человек
5. Высокотехнологичная медицинская помощь	
ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.» Кардиологическое отделение с ПРИТ № 1 РСЦ (всего 50 коек, в том числе 6 ПРИТ) кардиологическое отделение с ПРИТ № 1 РСЦ (всего 66коек, в том числе 6 ПРИТ) отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения	- все муниципальные образования Костромской области при наличии показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи,выполняемой в условиях ОГБУЗ КОКБ имени Королева Е.И. Численность населения в зоне обслуживания – 566,3 тыс., в том числевзрослого населения – 462,5 тыс. человек
Федеральные государственные медицинские организации, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения РФ	- все муниципальные образования Костромской области при наличии показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с разделом VI Регламента маршрутизации пациентов с хронической сердечной недостаточностью и другими хроническими сердечно - сосудистыми заболеваниями (состояниями), Регламентом маршрутизации пациентов с нарушениями ритма сердца и проводимости; Численность населения в зоне обслуживания – 566,3 тыс., в том числе взрослого населения – 462,5 тыс. человек

Раздел II

Организация оказания специализированной медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе хронической сердечной недостаточностью, в условиях круглосуточного и дневного стационара

1. При выявлении показаний для госпитализации в круглосуточный стационар в плановом порядке пациенты направляются в медицинские организации Костромской области в соответствии со схемой маршрутизации, изложенной в разделе I.

2. Показания к госпитализации в терапевтические отделения центральных районных, районных, окружных, городских больниц г. Костромы и области:

2.1. хроническая форма ишемической болезни сердца (при отсутствии эффекта от адекватной терапии на амбулаторном этапе), в том числе требующая диагностических услуг, которые могут быть выполнены только в стационарных условиях;

2.2. артериальная гипертония (АГ):

- для уточнения диагноза и необходимости проведения специальныхисследований для уточнения формы АГ;
- трудность в подборе медикаментозной терапии (частые кризы, резистентная к терапии АГ, не поддающаяся лечению в амбулаторных условиях);

2.3. хроническая сердечная недостаточность в стадии суб/декомпенсации, при отсутствии показаний для госпитализации в ОРИТ/ОАР, требующая проведения диагностических и лечебных процедур в стационарных условиях;

3. Показания к госпитализации в кардиологические отделения (на кардиологические койки) центральных районных больниц области, областной больницы:

3.1. хроническая форма ишемической болезни сердца, в том числе требующая диагностических услуг, которые могут быть выполнены только в стационарных условиях, а также при отсутствии эффекта от адекватной терапии на амбулаторном этапе и в условиях терапевтического стационара;

3.2. артериальная гипертония:

- симптоматическая АГ;
- неясность диагноза и необходимость проведения специальных исследований для уточнения формы АГ;
- трудность в подборе медикаментозной терапии (частые кризы, резистентная к терапии АГ, не поддающаяся лечению в условиях терапевтического стационара)

3.3. легочная гипертензия в период декомпенсации, не требующая госпитализации в ПРИТ/ОАР или требующая выполнения лечебно-диагностических процедур в стационарных условиях;

3.4. острый миокардит и хронический миокардит неревматической

этиологии в период обострения;

3.5. Кардиомиопатия, требующая выполнения лечебно-диагностических процедур в стационарных условиях;

3.6. хроническая сердечная недостаточность в стадии суб/декомпенсации, не требующая госпитализации в ПРИТ/ОАР, при отсутствии эффекта от адекватной терапии на амбулаторном этапе и в условиях терапевтического стационара;

3.7. перикардит неревматической этиологии;

3.8. инфекционный эндокардит без формирования порока сердца или с формированием порока сердца при отсутствии показаний или наличии противопоказаний к оперативному лечению;

3.9. впервые выявленные врожденные и приобретенные пороки сердца, требующие проведения диагностических и лечебных процедур в условиях стационара;

3.10. обследование больных перед направлением на оперативное лечение по профилю сердечно-сосудистая хирургия в случаях, требующих проведения диагностических обследований в условиях стационара;

3.11. обследование и лечение беременных с кардиоваскулярной патологией;

3.12. обследование по акту военных комиссариатов.

4. При отсутствии в структуре центральной районной (районной), городской или окружной больницы кардиологических коек, пациенты, с показаниями к плановой госпитализации в кардиологический стационар, госпитализируются на терапевтические койки с последующей консультацией врача кардиолога, в том числе с использованием телемедицинских технологий в РМИС.

5. При недостаточном эффекте от лечения в терапевтическом стационаре пациенты из прикрепленных районов госпитализируются в кардиологическиеотделения больниц в соответствии с зонами ответственности. Пациенты из районов области второго медицинского округа (Костромского, Судиславского, Островского, Красносельского, Сусанинского районов, г. Волгореченска), а также из Кадыйского, Макарьевского районов, г Костромы и Костромского района в указанных случаях госпитализируются в кардиологическое отделение с ПРИТ № 2 РСЦ ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больницаимени Королева Е.И.».

6. В ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.» оказывается плановая специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь:

6.1. кардиологическим больным, диагностика и лечение которых в кардиологических отделениях других медицинских организаций области вызвало затруднения или было неэффективным;

6.2. пациентам из других регионов Российской Федерации, имеющим показания к плановой госпитализации в кардиологический стационар;

6.3. пациентам, нуждающимся в обследовании перед направлением на оперативное лечение по профилю сердечно-сосудистая хирургия в случаях,

требующих проведения диагностических обследований в условиях стационара, которые невозможно выполнить в других медицинских организациях области;

6.4. пациентам с инфекционным эндокардитом с формированием порока, требующим подготовки к оперативному лечению;

6.5. пациентам с хронической сердечной недостаточностью, в том числе с приступами кардиальной астмы, резистентной к терапии в терапевтическом или кардиологическом стационаре центральных районных, районных и городских больниц, за исключением больных с терминальной стадией заболевания;

6.6. направленным на обследование по акту военных комиссариатов после предварительного обследования в терапевтическом отделении или кардиологическом отделении центральных районных, районных, городских и окружных больниц (при наличии сомнений в установленном диагнозе и (или) отсутствии в указанных медицинских учреждениях необходимого для верификации диагноза оборудования)

7. При выписке из стационара пациенты с ишемической болезнью в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка <40% должны быть обеспечены льготными лекарственными препаратами в соответствии с Приказом Минздрава России №639н от 29.09.2022: выписаны рецепты и выданы пациенту на руки вместе с выписным эпикризом.

8. При наличии показаний медицинские организации 1 уровня организуют телемедицинскую консультацию в РМИС со специалистами медицинской организации 2 уровня; медицинские организации 2 уровня - со специалистами медицинской организацией 3 уровня; медицинская организация 3 уровня - со специалистами медицинской организации ФЦ ССХ, профильных НМИЦ.

9. В кардиологическом дневном стационаре ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» оказывается специализированная медицинская помощь жителям г. Костромы, Костромского района и других муниципальных образований Костромской области (при возможности пребывания пациентов на территории г.Костромы или Костромского района в период лечения) при наличии показаний к лечению в условиях дневного стационара и не требующим круглосуточного наблюдения.

9.1. Показания к плановой госпитализации в кардиологический дневной стационар ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.»:

1) Артериальная гипертензия 1-3 стадия, не поддающаяся терапии в условиях поликлиники;

2) Симптоматическая артериальная гипертензия, требующая уточнения этиологии;

3) Хроническая ишемическая болезнь сердца, требующая проведения диагностических и лечебных процедур в условиях дневного стационара, при отсутствии эффекта от лечения в условиях поликлиники;

4) Врожденные и приобретенные пороки сердца, требующие дообследования в условиях дневного стационара, в том числе перед оперативным лечением;

4) Нарушение ритма сердца, не угрожающие жизни, которые требуют коррекции лечения в условиях дневного стационара;

5) Хроническая сердечная недостаточность, не поддающаяся терапии на амбулаторном этапе, не требующая круглосуточного наблюдения больного;

6) Другие не экстренные заболевания сердца, требующие специализированных диагностических исследований и коррекции терапии;

7) Обследование и лечение беременных женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы;

8) Проведение экспертизы состояния здоровья: обследование призывников по направлению медицинской комиссии военных комиссариатов.

10. Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с нарушениями ритма сердца и проводимости осуществляется в соответствии с Регламентом маршрутизации пациентов с нарушениями ритма сердца и проводимости (приложение № 3 к Порядку маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Костромской области).

11. При выявлении показаний для госпитализации по неотложным/экстренным показаниям, пациенты с хронической сердечной недостаточностью и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями (состояниями) направляются в медицинские организации Костромской области в соответствии с разделами II, V Регламента маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом (далее – ОКС) и другими острыми и неотложными сердечно - сосудистыми заболеваниями (состояниями) – приложение № 1 к порядку маршрутизации.

Таблица № 12

12. Список контактов для взаимодействия с ответственными лицами и службами медицинских организаций, задействованными в оказании медицинской помощи пациентам с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями (состояниями):

Медицинская организация	Ответственные должностные лица	Контакты
ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.»	Заместитель главного врача по медицинской части	8-4942-55-37-73
	Заведующий кардиологическим отделением № 2 РСЦ	8-4942 – 45-31-32
	Начальник кардиологического диспансера	8-4942-35-94-11
ОГБУЗ «Шарьинская центральная районная больница имени В.Ф.	Заведующий кардиологическим отделением	8-49449-5-41-60

Каверина»	Заместитель главного врача по медицинской части	8-49449 – 5-41-58
	Заведующий терапевтическим отделением	8-49449-5-43-64
ОГБУЗ «Галичская центральная районная больница»	Заведующий кардиологическим отделением (врач кардиолог)	8-49437 – 7-14-04
	Заведующий терапевтическим отделением	8-49437-
	Заместитель главного врача по медицинской части	8-49437-2-10-05
ОГБУЗ «Буйская центральная районная больница»	Заместитель главного врача по медицинской части	8-49435-4-29-66
	Заведующий терапевтическим отделением	8-49435-14-04-46
	Заведующий кардиологическим отделением	8-49435-4-29-59
ОГБУЗ «Нерехтская центральная районная больница»	Заместитель главного врача по медицинской части	8-49431- 7-53-22
	Терапевтическое отделение, кардиологические койки, заведующий отделением	8-49431-7-56-87
ОГБУЗ «Мантуровская центральная районная больница»	Заместитель главного врача по медицинской части	8-49446-2-48-00
	Заведующий терапевтическим отделением	8-49446-2-48-23
ОГБУЗ «Городская больница г.Костромы»	Заместитель главного врача по медицинской части	8-4942-31-20-70
	Заведующий терапевтическим отделением	8-4942-31-81-02
ОГБУЗ «Окружная больница Костромского округа № 1»	Заместитель главного врача по медицинской части	8-4942-31-37-88
	Заведующий терапевтическим отделением	8-4942-31-75-03

Раздел III
Организация диспансерного наблюдения пациентов с хронической сердечной недостаточностью и другими болезнями системы кровообращения кардиологического профиля

1. Диспансерное наблюдение пациентов осуществляется в соответствии с приказом Минздрава № 168н, актуальными клиническими рекомендациями, стандартами оказания медицинской помощи.

2. Выписные эпикризы пациентов, прошедших лечение в круглосуточном /дневном стационаре, сформированные медицинскими организациями в РМИС, являются доступными для амбулаторного этапа.

3. Необходимо в срок до трех дней от момента выписки из стационара установить диспансерное наблюдение и выписку рецепта на льготное лекарственное обеспечение пациентам, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, а также в срок до трех дней от момента выписки из стационара, или при выявлении на амбулаторном этапе постановку на диспансерное наблюдение и выписку рецепта на льготное лекарственное обеспечение пациентам, страдающим ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка ≤ 40%, за исключением лиц, имеющих право на получение социальной услуги в виде обеспечения лекарственными препаратами в соответствии с Федеральным законом «О государственной социальной помощи».

4. При постановке на диспансерное наблюдение пациентов с ХСН лечащий врач осуществляет кодирование ХСН в медицинской информационной системе дополнительным кодом (осложнение основного диагноза) I50 (МКБ-в случаях наличия у пациента с ОКС стадии ХСН 2Б - 3 и/или функционального класса III - IV и/или фракции сердечного выброса по методу Симпсона ≤40%;

5. При постановке на диспансерное наблюдение пациентов с ИБС в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса лечащий врач осуществляет кодирование дополнительными кодами по МКБ-10: I50 (см.пункт выше) и I48 в качестве осложнения основного диагноза.

6. Контроль за организацией и координацию диспансерного наблюдения пациентов, перенесших ОКС, осуществляет кардиодиспансер ОГБУЗ КОКБ имени Королева Е.И.

7. Диспансерное наблюдение врачом терапевтом, врачом общей практики (семейным врачом) осуществляется:

- с диагнозом: стенокардия напряжения I - II функциональный класс;

- после перенесенного инфаркта миокарда и его осложнения, а также после применения высокотехнологичных методов лечения на коронарных артериях (ЧКВ, АКШ ил МКШ) по завершению диспансерного наблюдения у врача кардиолога;

- с диагнозом: артериальная гипертензия, в том числе 3 степени и злокачественного течения, получающих эффективную терапию с достижением целевого уровня артериального давления;

- имеющих нежизнеугрожающие формы нарушений сердечного ритма;

- имеющих хроническую сердечную недостаточность;

- перенесшие тромбоэмболию легочной артерии свыше 12 месяцев;

- пациентов с гиперхолестеринемией.

8. Диспансерному наблюдению врачом кардиологом кардиологического кабинета поликлиники районной, центральной районной, городской, окружной больниц подлежат пациенты:

- перенесшие острый коронарный синдром (нестабильную стенокардию, инфаркт миокарда и его осложнения, без ЧКВ), в первые 12 месяцев после установки диагноза;

- после оказания высокотехнологичных методов лечения, включая кардиохирургические вмешательства (в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций);

- пациенты со сложными нарушениями ритма и проводимости, нуждающиесяв динамическом наблюдении кардиолога;

- пациенты с кардиомиопатиями (гипертрофическая, дилятационная);

- пациенты, перенесшие инфекционный эндокардит, острый миокардит, острый перикардит – в течение 1 года;

- с артериальной гипертензией 2-3 степени, рефрактерной к лечению и (или) в сочетании с сахарным диабетом и (или) ХБП С4 и выше стадии (пожизненно);

- перенесшие тромбоэмболию легочной артерии (в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций)

- с хронической сердечной недостаточностью 2Б-3 стадии и (или) с ФВ левого желудочка менее 40% и (или) III - IV функционального класса по NYHA, а также 1-2а стадии и I-II ФК по NYHA и ФВ левого желудочка более 40% в сочетании с сахарным диабетом и (или) хронической болезнью почек 4 и 5 стадии;

- с III - IV функциональным классом стенокардии в трудоспособном возрасте;

- с тяжелой дислипидемией (ОХС более 8,0 ммоль\л и (или) ХС-ЛПНП – более 5,0 ммоль\л и (или) триглицериды более 10 ммоль\л и (или) подозрении на непереносимость гиполипидемической терапии ввиду развития побочных эффектов или недостаточная ее эффективность и (или) ранний анамнез ССЗ (до 50 лет), в том числе после реваскуляризации вследствие атеросклеротического поражениясосудистого русла;

- с врожденными аномалиями (пороками развития) системы кровообращения, состоянием после оперативного лечения врожденных аномалий (пороков развития) системы кровообращения;

- пациенты с легочной гипертензией;

- пациенты с другими заболеваниями сердечно-сосудистой системы по решению врачебной комиссии медицинской организации.

9. Диспансерному наблюдению врачом кардиологом кардиодиспансера ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» подлежат пациенты:

1) жители г.Костромы (за исключением Центрального района в зоне обслуживания поликлиники взрослых № 1 ОГБУЗ «Городская больница

г.Костромы»), районов Костромского медицинского округа № 2 (Костромской, Красносельский, Судиславский, Сусанинский, Островский район, г.Волгореченск) перенесшие инфаркт миокарда (в течение 12 месяцев после установки диагноза);

2) жители г.Костромы, районов Костромского медицинского округа № 2 (Костромской, Красносельский, Судиславский, Сусанинский, Островский район, г.Волгореченск) после оказания высокотехнологичных методов лечения, включая кардиохирургические вмешательства (в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций);

3) жители г. Костромы и Костромской области после обследования и лечения в стационарных условиях по поводу жизнеугрожающих форм аритмий (фатальные желудочковые тахиаритмии; полиморфная желудочковая тахикардия типа «пируэт»; первичная фибрилляция желудочков; трансформация желудочковой тахикардии в фибрилляцию желудочков; брадиаритмии преимущественно вследствие предсердно-желудочковых блокад и СССУ (пациенты без имплантированных ЭКС), каналопатиями -пожизненно;

4) жители трудоспособного возраста г. Костромы (за исключением Центрального района в зоне обслуживания поликлиники взрослых № 1 ОГБУЗ «Городская больница г.Костромы»), и Костромской области с кардиомиопатиями(гипертрофическая, дилятационная);

5) с пороками сердца и крупных сосудов (длительность наблюдения определяется медицинскими показаниями);

6) жители г. Костромы (за исключением Центрального района в зоне обслуживания поликлиники взрослых № 1 ОГБУЗ «Городская больница г.Костромы»)), с артериальной гипертензией 2-3 степени, рефрактерной к лечению, при условии регулярного приема антигипертензивных лекарственных препаратов (пожизненно);

7)жители г. Костромы (за исключением Центрального района в зоне обслуживания поликлиники взрослых № 1 ОГБУЗ «Городская больница г.Костромы»), районов Костромского медицинского округа № 2 (Костромской, Красносельский, Судиславский, Сусанинский, Островский район, г.Волгореченск) перенесшие инфекционный эндокардит, острый миокардит, острый перикардит (в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условияхмедицинских организаций);

8) жители районов Костромского медицинского округа № 2 (Костромской, Красносельский, Судиславский, Сусанинский, Островский район, г. Волгореченск) с хронической сердечной недостаточностью IV функционального класса;

9) жители районов Костромского медицинского округа № 2 (Костромской, Красносельский, Судиславский, Сусанинский, Островский район, г. Волгореченск) с хронической сердечной недостаточностью с III - IV функциональным классом стенокардии в трудоспособном возрасте;

10) жители г.Костромы и Костромской области с первичной легочной гипертензией;

11) жители г Костромы, районов районов Костромского медицинского округа № 2 (Костромской, Красносельский, Судиславский, Сусанинский, Островский район, г. Волгореченск) с тяжелой дислипидемией (ОХС более 8,0 ммоль\л и (или) ХС-ЛПНП – более 5,0 ммоль\л и (или) триглицериды более 10 ммоль\л;

12) жители г. Костромы и Костромской области с другими заболеваниями сердечно-сосудистой системы по решению врачебной комиссии.

10. Диспансерное наблюдение пациентов с ХСН в зоне ответственности ОГБУЗ «Шарьинская ЦРБ им.Каверина В.Ф.» осуществляется врачом кардиологом кабинета ХСН.

11. В рамках оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе пациентам с ССЗ врачами терапевтами участковыми, врачами общей практики, врачами кардиологами проводится «Школа для больных ХСН», «Школа для больных АГ».

12. При снятии больного с учета ему выдается переводной эпикриз для предъявления в поликлинику по месту жительства. Снятие с диспансерного учета осуществляется по истечении срока диспансерного наблюдения, в случае неявки больного в поликлинику в течение календарного года без уважительных причин.

Раздел IV. Порядок направления пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями для оказания высокотехнологичной медицинскойпомощи (ВМП) по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» в Федеральные центры и другие медицинские организации за пределы Костромской области

1. При выявлении у пациентов показаний к направлению для оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» по видам ВМП, которые не выполняются на территории Костромской области, пациенты направляются в профильные Федеральные медицинские центры или другие медицинские организации за пределы Костромской области.

2. Перечень видов ВМП, невыполняемых на территории Костромской области:

1) Аортокоронарное шунтирование у больных ишемической болезнью сердца в условиях искусственного кровоснабжения.

2) Радикальная и гемодинамическая коррекция врожденных пороков перегородок, камер сердца и соединений магистральных сосудов.

3) Эндоваскулярная деструкция дополнительных проводящих путей и аритмогенных зон сердца. (РЧА в 2025 году - ВМП в ОМС).

4) Эндоваскулярные, хирургические и гибридные операции на аорте и магистральных сосудах (кроме артерий конечностей).

5) Радикальная, гемодинамическая, гибридная коррекция у детей старше 1 года и взрослых.

6) Эндоваскулярная (баллонная ангиопластика со стентированием) и хирургическая коррекция приобретенной и врожденной артериовенозной аномалии.

7) Протезирование 1 клапана в сочетании с пластикой или без пластики клапана, удаление опухоли сердца с пластикой или без пластики клапана.

8) Пластика клапанов в условиях искусственного кровообращения.

9) Транскатетерное протезирование клапанов сердца.

10) Имплантация трехкамерного кардиовертера-дефибриллятора.

11) Имплантация однокамерного кардиовертера-дефибриллятора.

12) Имплантация двухкамерного кардиовертера-дефибриллятора.

13) Радикальная, гемодинамическая, гибридная коррекция, реконструктивные и пластические операции при изолированных дефектах перегородок сердца у новорожденных и детей до 1 года.

14) Эндопротезирование аорты.

15) Имплантация подкожной системы для профилактики внезапной сердечной смерти.

16) Ортотопическая трансплантация сердца

3. Направление пациентов осуществляется в соответствии с приказом департамента здравоохранения Костромской области от 26.05.2015 № 318 «Об утверждении административного регламента по предоставлению департамента здравоохранения Костромской области государственной услуги «Направление граждан Костромской области на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет средств федерального бюджета».

4. При выявлении в медицинских организациях области пациента с показаниями для оказания ВМП, пациент направляется на консультацию к кардиологу кардиодиспансера ОГБУЗ КОКБ имени Королева Е.И., либо проводится телемедицинская консультация. При необходимости дообследования и\или лечения в условиях специализированного стационара - на госпитализацию в кардиологическое отделение № 2 с ПРИТ РСЦ ОГБУЗ КОКБимени Королева Е.И.

5. Направление для оказания ВМП при наличии показаний может осуществляться:

1) путем подготовки и направления медицинских документов пациента в установленном порядке в департамент здравоохранения Костромской области для размещения в электронной системе с целью рассмотрения документов специалистами Федерального центра;

2) путем проведения телемедицинской консультации в установленном порядке с профильными специалистами Федерального центра;

3) по результатам очного осмотра пациента специалистом Федерального центра в рамках организации и проведения выездных мероприятий на базе кардиодиспансера ОГБУЗ КОКБ имени Королева Е.И.;

4) по результатам очного осмотра пациента, направленного на консультацию в установленном порядке, профильным специалистом в Федеральномцентре.

6. После проведения оперативного лечения в рамках оказания ВМП в федеральном центре, пациент, при наличии показаний, может быть госпитализирован в кардиологическое отделение № 2 с ПРИТ РСЦ ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» или кардиологическое отделение по месту жительства для долечивания.

7. При отсутствии противопоказаний, пациенты после оперативного лечения в рамках ВМП могут быть направлены на реабилитацию в ЛПУ «Санаторий Колос» или другие медицинские организации за пределы Костромской области.

8. Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших оперативное вмешательство в рамках оказания ВМП осуществляется врачом кардиологом ОГБУЗКОКБ имени Королева Е.И. или врачом кардиологом в поликлинике по месту жительства, при отсутствии в поликлинике врача кардиолога- врачом терапевтом участковым / врачом общей практики в соответствии с разделом III Регламента маршрутизации пациентов с хронической сердечной недостаточностью и другими хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями и состояниями на территории Костромской области).

9. Телемедицинские консультации организуются и выполняются в соответствии с приказом департамента здравоохранения Костромской области от 01.11.2018 № 584/1 «Об организации работы с национальными медицинскими исследовательскими центрами». Ответственное лицо – начальник организационно – методического отдела ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.», телефон для связи: 8 (915) 9078448, адрес электронной почты: raevskayaau@kokb44.ru.

Приложение № 3
к Порядку маршрутизации

Регламент маршрутизации пациентов с нарушениями ритма сердца и проводимости

I. Порядок оказания экстренной и неотложной медицинской помощи больным с нарушениями ритма сердца и проводимости (далее – НРСиП).

1. Настоящий порядок регулирует вопросы оказания экстренной и неотложной медицинской помощи населению Костромской области при НРСиП. Разработан с учетом территориальных, инфраструктурных особенностей региона, обеспеченности медицинскими кадрами.

2. В медицинских организациях Костромской области медицинская помощь пациентам с НРСиП, требующим экстренной и неотложной медицинской помощи, оказывается в соответствии с настоящим Регламентом, клиническими и федеральными стандартами медицинской помощи.

3. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи пациентам с НРСиП включает три основных этапа:

- первый - догоспитальный, осуществляемый в порядке скорой медицинской помощи;
- второй - стационарный, осуществляемый в кардиологических отделениях с палатами реанимации и интенсивной терапии, в блоках/палатах реанимации и интенсивной терапии (соматических) отделений или в отделениях анестезиологии и реанимации;
- третий - стационарный, осуществляемый в ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.» в кардиологическом отделении № 2 регионального сосудистого центра с палатой интенсивной терапии.

Оказание медицинской помощи при острых и неотложных формах НРСиП на догоспитальном этапе.

1.Скорая медицинская помощь больным с НРСиП оказывается фельдшерами и врачами бригад скорой медицинской помощи, которые обеспечивают проведение мероприятий по устранению угрожающих жизни состояний, в том числе с проведением при наличии медицинских показаний медикаментозной и/или электрической кардиоверсии. Тактика основывается на клинических рекомендациях: - при гемодинамической нестабильности срочное проведение электрической кардиоверсии с премедикацией; при наличии структурных заболеваний сердца – введение ритмурежающих препартов.

2. Бригада скорой медицинской помощи доставляет больных в медицинские организации, участвующие в маршрутизации пациентов с НРСиП, в соответствии со «Схемой маршрутизации больных старше 18 лет с сердечно-сосудистыми заболеваниями, нуждающихся в оказании экстренной и неотложной медицинской помощи, в том числе с ОКС» (раздел II Регламента маршрутизации

пациентов с острыми и неотложными сердечно-сосудистыми заболеваниями (состояниями) на территории Костромскойобласти.

3. Врачам, работающим в блоке (палате) реанимации и интенсивной терапии или в отделение анестезиологии и реанимации необходимо иметь подготовку по вопросам оказания медицинской помощи и лечения больных с неотложными состояниями кардиологического профиля.

4. Формирование укладки бригады СМП, выезжающей для оказания экстренной и неотложной помощи больным кардиологического профиля, и оснащение машины скорой помощи (санитарного автотранспорта) осуществляется для полного обеспечения всех экстренных и неотложных лечебно-диагностических мероприятий, предусмотренных стандартом медицинской помощи.

5. Медицинский персонал бригад СМП не реже чем 1 раз в 5 лет проходит повышение квалификации по специальности, включающее вопросы неотложной кардиологии, в том числе методики проведения электрической кардиоверсии терапии и временной электрокардиостимуляции.

Оказание медицинской помощи при острых и неотложных формах НРСиП на госпитальном этапе

Таблица № 13

1. Алгоритм госпитализации пациентов с этапа скорой медицинской помощи при выявлении острых и неотложных формах НРСиП

№ п/п	Кто направляет: Бригады скорой медицинской помощи медицинских организаций области в зоне обслуживания указанных муниципальных образований	Куда направляет: В медицинские организации области, в которых оказывается специализированная медицинская помощь по профилю «кардиология»
1	г. Кострома Костромской муниципальный район г. Волгореченск Муниципальные округа: Судиславский Островский Красносельский Сусанинский Кадыйский Макарьевский Численность населения в зоне обслуживания – 418,0 тыс., в том числе взрослого населения – 307,1 тыс. человек	ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.» Кардиологическое отделение №2 с ПРИТ РСЦ Телефон для связи с дежурным врачом кардиологом\анестезиологом-реаниматологом:(4942) 55-97-51; Телефон ответственного лица (заведующего отделением): 89109236879

2	г. Нерехта и Нерехтский муниципальный район Численность населения в зоне обслуживания – 27,9 тыс., в том числевзрослого населения – 23,4 тыс. человек	ОГБУЗ «Нерехтская центральная районная больница» Кардиологические койки, отделение анестезиологии и реанимации
3	г. Буй Буйский муниципальный округ Численность населения в зоне обслуживания – 28,6 тыс., в том числе взрослого населения – 23,5тыс. человек	ОГБУЗ «Буйская центральная районная больница» Кардиологическое отделение,отделение анестезиологии и реанимации
4	г. Шарья Муниципальные округа: Шарьинский Поназыревский Пыщугский Павинский Вохомский Октябрьский Мантуровский Кологривский Межевской Численность населения в зоне обслуживания – 79,5 тыс., в том числе взрослого населения – 64,8 тыс. человек.	ОГБУЗ «Шарьинская центральная районная больница им. Каверина В.Ф.» Кардиологическое отделение, отделение анестезиологии и реанимации Телефон для связи с дежурным врачом кардиологом, анестезиологом-реаниматологом: (49449)5-36-86 Телефон ответственного лица (заведующего кардиологическим отделением ПСЦ): 8(915)823-21-29
5	г. Галич Муниципальные округа: Галичский Солигаличский Чухломской, Антроповский Парфеньевский Нейский Численность населения в зоне обслуживания – 53,1 тыс., в том числе взрослого населения – 43,8 тыс. человек.	ОГБУЗ «Галичская центральная районная больница» Кардиологическое отделение ПСЦ, отделение анестезиологии и реанимации Телефон для связи с дежурным врачом кардиологом, анестезиологом-реаниматологом: (49437)7-14-05 Телефон ответственного лица (заведующего кардиологическимотделением ПСЦ): 89103764796

Показания к госпитализации в рамках оказания экстренной и неотложной специализированной медицинской помощи при НРСиП:

Тахисистолические формы аритмий:

- пароксизмальная НЖТ (в т.ч. при синдроме WPW) при невозможности восстановления ритма на догоспитальном этапе.

- пароксизмальная фибрилляция\трепетание предсердий давностью менее 48 часов, в том числе сопровождающиеся недостаточностью

кровообращения или коронарной недостаточностью или их прогрессированием, в т.ч. впервые возникший пароксизм.

В случаях, когда восстановление ритма не показано (например, при выявленных ранее малосимптомных пароксизмах фибрилляции предсердий, не влияющих на гемодинамику, и подобранной антикоагулянтной терапии) госпитализация может не требоваться.

- пациенты с пароксизмальной фибрилляцией/трепетанием предсердий давностью до 48 часов, при невозможности восстановления ритма на догоспитальном этапе в т.ч. вторичного генеза (на фоне тиреотоксикоза, острой стадии ОНМК, лихорадочных состояний, пневмонии, онкологической патологии, тяжелых декомпенсированных случаев ХОБЛ, алкогольной интоксикации и др.) госпитализируются в отделения, соответствующие профилю основного заболевания,, либо в терапевтическое отделение по месту жительства (при необходимости в дальнейшем решается вопрос о плановом переводе в кардиологическое отделение (кардиологические койки) по месту жительства;

- пациенты с пароксизмальной фибрилляцией/трепетанием предсердий давностью свыше 48 часов при наличии показаний госпитализируются в терапевтические отделения окружных, городских, центральных районных, межрайонных, районных больниц в соответствии с зонами ответственности, определенными приказом департамента здравоохранения Костромской области по профилю «терапия»;

- пациенты с хронической формой фибрилляции/трепетания предсердий с частым желудочковым ответом (>180 в минуту) при наличии показаний госпитализируются в терапевтические отделения окружных, городских, центральных районных, межрайонных, районных больниц в соответствии с зонами ответственности, определенными приказом департамента здравоохранения Костромской области по профилю «терапия»;

- устойчивая желудочковая тахикардия (мономорфную и полиморфную);

- постоянно рецидивирующая / некупирующуюся желудочковая тахикардия;

- электрический шторм (более 3 эпизодов желудочковой тахикардии/фибрилляции желудочков в течение 24 часов, разделенных 5 минутами и потребовавших купирования путем проведения ЭИТ);

- фибрилляция/трепетание желудочков.

Пациенты с жизнеугрожающими нарушениями ритма сердца (фибрилляция желудочков, желудочковая тахикардия без пульса) требуют немедленной дефибрилляции и реанимации, их транспортировка должна быть приоритетной в ближайшую реанимацию.

Брадисистолические формы аритмий:

- остро возникшая брадиаритмия, сопровождающаяся нарушением гемодинамики;

- состояния, требующие временной стимуляции сердца;

- острое появление симптоматики, потенциально ассоциированной с

брадикардией (обморок, предобморочное состояние, выраженная слабость, головокружение и др.);

- ухудшение состояния и нарастание симптоматики, связанной с брадиаритмией;

- дисфункция ранее имплантированного антиаритмического устройства (ЭКС, КВД, CRT и т.п.):

- дисфункция имплантированного антиаритмического устройства, сопровождающаяся нарушением гемодинамики и острым появлением симптоматики (обморок, предобморочное состояние, слабость, головокружение и др.);

- острая дисфункция имплантированного антиаритмического устройства, требующая хирургической коррекции.

Другие острые состояния, ассоциированные с НРСиП:

- аритмогенный шок, выраженная артериальная гипотензия аритмического генеза;

- синкопальные состояния аритмического генеза;

- состояние после остановки кровообращения и восстановления нормальной сердечной деятельности (в т.ч. неоднократное нанесение шока имплантированным антиаритмическим устройством);

- нарушения ритма и проводимости сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения или коронарной недостаточностью или их прогрессированием;

- пациенты с жизнеугрожающими нарушениями ритма сердца на фоне ОКС госпитализируются в соответствии со схемой маршрутизации ОКС;

- пациенты с жизнеугрожающими нарушениями ритма сердца на фоне развития ОНМК госпитализируются в соответствии со схемой маршрутизации ОНМК.

2. В зоне обслуживания ОГБУЗ «Костромская областная станция скорой медицинской помощи и медицины катастроф» в том числе проживающие в районах Костромской области, при отсутствии показаний к госпитализации на кардиологические койки, пациенты с нарушениями ритма сердца и проводимости госпитализируются вне зависимости от регистрации, по адресу вызова бригады СМП в терапевтические отделения ОГБУЗ ГБ г. Костромы, ОГБУЗ ОБКО № 1 в соответствии с зонами ответственности, определенными приказом департамента здравоохранения Костромской области по профилю «терапия».

3. Беременные с НРСиП, требующими экстренной и неотложной медицинской помощи проживающие на территории г.Костромы, Костромского, Судиславского, Островского, Красносельского, Сусанинского, Кадыйского, Макарьевского районов г. Волгореченска, г. Галича, Галичского, Солигаличского, Антроповского, Чухломского, Парфеньевского, Нейского районов госпитализируются в 1 кардиологическое отделение ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.»

4. Пациенты с жизнеугрожающими нарушениями проводимости сердца с выраженными нарушениями гемодинамики госпитализируются в

ОГБУЗ КОКБ имени Королева Е.И круглосуточно в режиме 24\7\365.

II. Порядок оказания плановой специализированной медицинской помощи больным с НРСиП в условиях круглосуточного и дневного стационара.

1. При выявлении показаний для госпитализации в круглосуточный стационар в плановом порядке пациенты направляются в медицинские организации Костромской области в соответствии со схемой маршрутизации, изложенной в разделе I Регламента маршрутизации пациентов с хроническими сердечно - сосудистыми заболеваниями (состояниями), в том числе с хронической сердечной недостаточностью на территории Костромской области.

2. Показания к госпитализации в терапевтические отделения центральных районных, районных, окружных, городских больниц г. Костромы и области:

- пациенты с пароксизмами фибрилляции/трепетания предсердий продолжительностью более 48 часов, без выраженных нарушений гемодинамики (для проведения пульсурежающей и антикоагулянтной терапии с последующей консультацией кардиолога для решения вопроса о возможности и целесообразности восстановления синусового ритма).
- пациенты с хронической формой фибрилляции/трепетания предсердий без выраженных нарушений гемодинамики с явленниями нарастания сердечной недостаточности для проведения пульсурежающей терапии.

3. Показания к госпитализации в кардиологические отделения (на кардиологические койки) центральных районных, окружных больниц области, областной больницы:

- нарушения сердечного ритма и проводимости, требующие проведения диагностических и лечебных процедур в условиях стационара, в т.ч. для коррекции антиаритмической терапии, когда это невозможно в амбулаторных условиях или сопряжено с высоким риском осложнений;
- появление и/или ухудшение симптоматики, потенциально ассоциированной с брадикардией (обморок, предобморочное состояние, слабость, головокружение и др.).
- подозрение на дисфункцию имплантированного антиаритмического устройства без гемодинамических нарушений;

4. При отсутствии в структуре центральной районной (районной), городской или окружной больницы кардиологических коек, пациенты, с показаниями к плановой госпитализации в кардиологический стационар, госпитализируются на терапевтические койки с последующей консультацией врача кардиолога, в том числе с использованием телемедицинских технологий в РМИС.

5. В ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» оказывается плановая специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь:

- пациентам с НРСиП из других регионов Российской Федерации, имеющим показания к плановой госпитализации в кардиологический стационар;
- пациентам с НРСиП при наличии показаний к имплантации постоянного

ЭКС (жители всех муниципальных образований области);

- пациентам с НРСиП при наличии показаний к плановой замене постоянного ЭКС (жители всех муниципальных образований области);

- дисфункция имплантированного антиаритмического устройства, требующая хирургического вмешательства в плановом порядке.

- инфекционные осложнения, связанные с имплантированным антиаритмическим устройством.

6. При наличии показаний медицинские организации 1 уровня организуют телемедицинскую консультацию в РМИС со специалистами медицинской организации 2 уровня; медицинские организации 2 уровня - со специалистами медицинской организацией 3 уровня; медицинская организация 3 уровня - со специалистами медицинской организации ФЦ ССХ, профильных НМИЦ.

7. В кардиологическом дневном стационаре ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» оказывается специализированная медицинская помощь жителям г. Костромы, Костромского района и других муниципальных образований Костромской области (при возможности пребывания пациентов на территории г. Костромы или Костромского района в период лечения) при наличии показаний к лечению в условиях дневного стационара и не требующим круглосуточного наблюдения:

- НРСиП, не угрожающие жизни, которые требуют проведения обследования (в т.ч. для определения показаний к хирургическому лечению) и коррекции лечения в условиях дневного стационара.

III. Порядок организации ДН пациентов с НРСиП.

1. ДН пациентов осуществляется в соответствии с приказом Минздрава № 168н, актуальными клиническими рекомендациями, стандартами оказания медицинской помощи.

2. При отсутствии в медицинской организации в амбулаторном звене врача кардиолога диспансерное наблюдение пациентов с НРСиП осуществляют врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи) с направлением пациентов на консультация к врачу кардиологу окружных больниц или кардиодиспансер ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» в соответствии с маршрутизацией, указанной в разделе I Регламента маршрутизации пациентов с хроническими сердечно - сосудистыми заболеваниями (состояниями) на территории Костромской области, либо проводят консультирование с врачом кардиологом с применением телемедицинских технологий.

3. В срок до трех дней от момента выписки из стационара при явке на амбулаторный прием необходимо установить диспансерное наблюдение и выписку рецептов на льготное лекарственное обеспечение пациентам, перенесшим катетерную абляцию по поводу НРСиП (за исключением лиц, имеющих право на получение социальной услуги в виде обеспечения лекарственными препаратами в соответствии с Федеральным законом «О государственной социальной помощи»).

4. Диспансерное наблюдение врачом терапевтом, врачом общей практики (семейным врачом) осуществляется:

- имеющих нежизнеугрожающие формы нарушений сердечного ритма (в рамках диспансерных осмотров рекомендуется включать ЭКГ в 12 отведениях не реже 1 раза в год (для исключения проаритмогенного действия препаратов, выявления новых нарушений ритма и проводимости, ишемических изменений и признаков структурной патологии сердца), клинический анализ крови не реже 1 раза в год для исключения скрытых кровотечений, биохимический анализ крови с оценкой СКФ и электролитов не реже 1 раза в год для правильного дозирования лекарственных препаратов (gациентам, находящимся на терапии АВК, определение уровня МНО не менее 12 раз в год), по показаниям - суточное или многосуточное мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ и другие обследования.

- С целью повышения эффективности лечения большинству пациентов с фибрилляцией предсердий рекомендуется пожизненное диспансерное наблюдение с периодичностью визитов к врачу как минимум 2 раза в год.

5. Диспансерному наблюдению врачом кардиологом кардиологического кабинета поликлиники районной, центральной районной, городской, окружной больниц подлежат пациенты:

- пациенты со сложными нарушениями ритма и проводимости, нуждающиеся в динамическом наблюдении кардиолога.

6. Диспансерному наблюдению врачом кардиологом кардиодиспансера ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» подлежат пациенты:

- жители г. Костромы, районов Костромского медицинского округа № 2 (Костромской, Красносельский, Судиславский, Сусанинский, Островский район, г.Волгореченск) после кардиохирургического вмешательства по поводу НРСиП в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций);

- жители г. Костромы и Костромской области после обследования и лечения в стационарных условиях по поводу жизнеугрожающих форм аритмий (фатальные желудочковые тахиаритмии; полиморфная желудочковая тахикардия типа «пируэт»; первичная фибрилляция желудочков; трансформация желудочковой тахикардии в фибрилляцию желудочков; брадиаритмии преимущественно вследствие предсердно- желудочковых блокад и ДСУ (пациенты без имплантированных ЭКС), каналопатиями – срок диспансерного наблюдения пожизненно;

7. Тестирование имплантированного пациенту с НРСиП антиаритмического устройства проводится врачом аритмологом кардиодиспансера ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» дважды в течение 6 месяцев после имплантации, затем не менее одного раза в год.

Приложение № 4
к Порядку маршрутизации

Регламент маршрутизации пациентов с острым аортальным синдромом

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

АЛГОРИТМ
взаимодействия медицинских организаций при оказании диагностической и медицинской помощи взрослому населению с острым аортальным синдромом на территории Костромской области

1. Настоящий алгоритм устанавливает взаимодействия медицинских организаций Костромской области при оказании диагностической и медицинской помощи взрослому населению с острым аортальным синдромом.

2. ОАС с вовлечением грудной аорты.

При наличии болевого синдрома в грудной клетке целесообразно рассматривать случай с позиции исключения/подтверждения острого коронарного синдрома руководствуясь положениями соответствующего приказа по маршрутизации. На этапе скорой медицинской помощи тактика ведения пациента должна быть рассмотрена как случай острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST. При отсутствии изменений по ЭКГ и маркеров некроза миокарда необходимо воздержаться от применения антитромбоцитарной терапии (клопидогрель, ацетилсалициловая кислота, тикагрелор и др.) на всех этапах оказания помощи до момента верификации диагноза.

При исключении ОКС и подозрении на ОАС грудного отдела аорты необходимо обратить внимание на наличие/отсутствие признаков мальперфузии головного мозга (общемозговая и очаговая неврологическая симптоматика), почек (снижение диуреза), органов брюшной полости (нарушение мезентериального кровообращения), спинного мозга (нижний парапарез, параплегия), нижних и верхних конечностей (острая ишемия). Наличие выше указанной симптоматики повышает вероятность ОАС. Перечень необходимых диагностических мероприятий с целью верификации ОАС грудного отдела:

- измерение артериального давления на обеих плечевых артериях;
- ЭКГ покоя (этап СМП);
- рентгенография органов грудной клетки;
- ЭхоКГ;

– ультразвуковое исследование брахиоцефальных и бедренных артерий в режиме ЦДК;

– МСКТ-ангиография аорты с захватом брахиоцефальных и подвздошных артерий.

3. ОАС с вовлечением брюшной аорты.

При наличии болевого синдрома в животе и отсутствии анамнеза ранее установленного заболевания аорты целесообразно рассматривать случай с позиции острой абдоминальной патологии и руководствоваться положениями соответствующего приказа по маршрутизации.

При исключении острой абдоминальной патологии ключевым признаком ОАС брюшного отдела аорты является наличие болезненного пульсирующего образования при пальпации живота. Перечень необходимых диагностических мероприятий с целью верификации ОАС брюшного отдела:

– ЭКГ покоя (этап СМП);

– рентгенография органов грудной клетки;

– ультразвуковое исследование органов брюшной полости;

– ультразвуковое исследование брюшной аорты, подвздошных и бедренных артерий в режиме ЦДК;

– МСКТ-ангиография брюшной аорты с захватом подвздошных артерий.

4. Диагностические мероприятия, изложенные в п. 2, 3 настоящего алгоритма выполняются в соответствии с материально техническими возможностями учреждений, при отсутствии таковых по решению дежурного сердечно-сосудистого хирурга отделения экстренной и плановой консультативной помощи медицинской помощи (ОЭиПКМП) ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» пациент может быть эвакуирован в отделение сосудистой хирургии ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» При верификации диагноза ОАС пациент подлежит медицинской эвакуации в ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.». для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи. Медицинская эвакуация из районов и городов области осуществляется силами и средствами ОЭиПКМП ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.».

5. При наличии анамнеза ранее установленного заболевания аорты возможно изменение этапности оказания медицинской помощи. Решение об изменении этапности принимается дежурным сердечно-сосудистым хирургом ОЭиПКМП ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» с использованием доступных средств связи на любом этапе оказания медицинской помощи.

6. При нетранспортабельности, или отсутствии технической возможности медицинской эвакуации пациента все необходимые лечебные мероприятия, в том числе хирургические, оказываются дежурным сердечно-сосудистым хирургом ОЭиПКМП ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» на месте.

7. Медицинская помощь, оказываемая в отделении сосудистой хирургии ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов, высоких технологий, а также медицинскую реабилитацию. Врачи сердечно-сосудистые хирурги ОГБУЗ «КОКБ имени

Королева Е.И.» оказывают консультативную помощь специалистам других медицинских организаций в форме очных и заочных консультаций в том числе с использованием телемедицинских технологий. Срок проведения консультации, в том числе в заочной форме и в форме телемедицинской консультации, при необходимости оказания специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, составляет не более 2 часов. Специализированная хирургическая, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь пациентам с ОАС оказывается в отделении сосудистой хирургии ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.».

Приложение № 5
к Порядку
маршрутизации

Регламент маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения

Таблица № 14

ПЕРЕЧЕНЬ
медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения (далее – ОНМК) на госпитальном этапе

Наименование медицинской организации для оказания медицинской помощи для больных с ОНМК (РСЦ/ПСО) с зоной ответственности	Численность взрослого населения (чел.)	Количество коек РСЦ/ПСО, в том числе ПРИТ	Среднее времени медицинской эвакуации пациента с ОНМК в зоне ответственности	Способ госпитализации	Количество компьютерных томографов
ОГБУЗ «КОКБ им. Королева Е.И.» региональный сосудистый центр г. Волгореченск, г. Буй, Муниципальные округа: Буйский Кадыйский, Красносельский, Островский, Судиславский, Сусанинский, г.Нерехта и Нерехтский муниципальный район	114900	Всего 31 койка (25 коек отделение+ 6 коек ПРИТ)	70 минут	Минуя общее приемное отделение	1 КТ 64-среза, 1 КТ -128 срезов (с возможностью проведения КТ-перфузии), 1 ЯМРТ 1,5Тл, 2 рентгенангиографические установки 1 в корпусе с неврологическим отделением для больных с ОНМК с блоком интенсивной терапии и 1 в кардиологическом диспансере
ОГБУЗ «ОБКО №1» первичное сосудистое отделение №1 г. Кострома, Костромской мцниципальный район	255800	Всего 45 коек (39 коек отделение+ 6 коек ПРИТ)	25 минут	Минуя общее приемное отделение	1 КТ 16-срезов, 1 КТ -16 срезов с программой на 32 среза в одном корпусе с неврологическим отделением для больных с ОНМК с блоком интенсивной терапии и общим приемным

					отделением
ОГБУЗ «Галичская ЦРБ», первичное сосудистое отделение №2. Г. Галич, Муниципальные округа: Нейского, Антроповского, Галичского, Парфеньевского, Солигаличского, Чухломского	49400	Всего 18 коек (16 коек в отделении +2 койки ПРИТ)	80 мин	Минуя общее приемное отделение	1 КТ 16-срезов, 1 КТ -32 среза в одном корпусе с неврологическим отделением для больных с ОНМК с блоком интенсивной терапии и общим приемным отделением
ОГБУЗ «Шарьинская ЦРБ им. Каверина В.Ф.», первичное сосудистое отделение №3. Г. Шарья, Муниципальные округа: Вохомского, Кологривского, Макарьевского, Мантуровского, Межевского, Октябрьского, Пависнкого, Поназыревского, Пыщугского,	73600	Всего 24 койки (20 коек в отделении + 4 койки ПРИТ)	96 мин	Минуя общее приемное отделение	1 КТ 16-срезов в одном корпусе с неврологическим отделением для больных с ОНМК с блоком интенсивной терапии и общим приемным отделением

Нейрохирургическое отделение, отделение сосудистой хирургии, отделение рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения находятся на базе ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница им. Королева Е.И.».

Нейрохирургическое отделение рассчитано на 30 коек.

Отделение сосудистой хирургии рассчитано на 24 койки.

Алгоритм маршрутизации и медицинской эвакуации пациентов с ОНМК (состояния, соответствующие кодам I60-I64, G45-G46 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр)), в том числе алгоритм догоспитальной диагностики и приоритетной медицинской эвакуации пациентов для выполнения операций тромбоэкстракции/тромбоаспирации в государственные учреждения здравоохранения Костромской области.

Маршрутизация пациентов с ОНМК

№ п/п	Зона ответственности	РСЦ/ПСО
1.	г. Шарья, Муниципальные округа: Мантуровский, Вохомский, Кологривский, Макарьевский, , Межевской, Октябрьский, Пависнкий, Поназыревский, Пыщугский,	ОГБУЗ «Шарьинская центральная районная больница им. Каверина В.Ф.» Телефон отделения: 8(49449) -5-40-04
2.	г. Галич, Муниципальные округа:Нейский, Антроповский, Галичский, Парфеньевский, Солигаличский, Чухломской.	ОГБУЗ «Галичская центральная районная больница» Телефон отделения: 8(49437) -7-14-04
3.	г. Кострома, Костромской муниципальный район	ОГБУЗ «Окружная больница Костромского округа №1» Телефон отделения: 8(4942)-31-25-32
4.	1) г. Буй, г. Волгореченск, Муниципальные округа: Буйский, Кадыйский, Красносельский, Островский, Судиславский, Сусанинский, г. Нерехта и Нерехтский муниципальный район 2) Пациенты, подходящие на тромбоэкстракцию/тромаспирацию	ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница им. Королёва Е.И.» Телефон отделения: 8(4942)-45-52-11 О пациентах, подходящих для проведения внутрисосудистой тромболэктомии связываться с дежурным неврологом РСЦ по номеру телефона: 8-910-921-46-83

Примечание: районов с низкой плотностью населения и ограниченной транспортной доступностью на территории региона нет.

Маршрутизация и приоритетная медицинская эвакуация пациентов с геморрагическим инсультом для выполнения оперативного вмешательства осуществляется в нейрохирургическое отделение ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница им. Королева Е.И.»

Схема № 2

Алгоритм маршрутизации и медицинской эвакуации пациентов с ОНМК

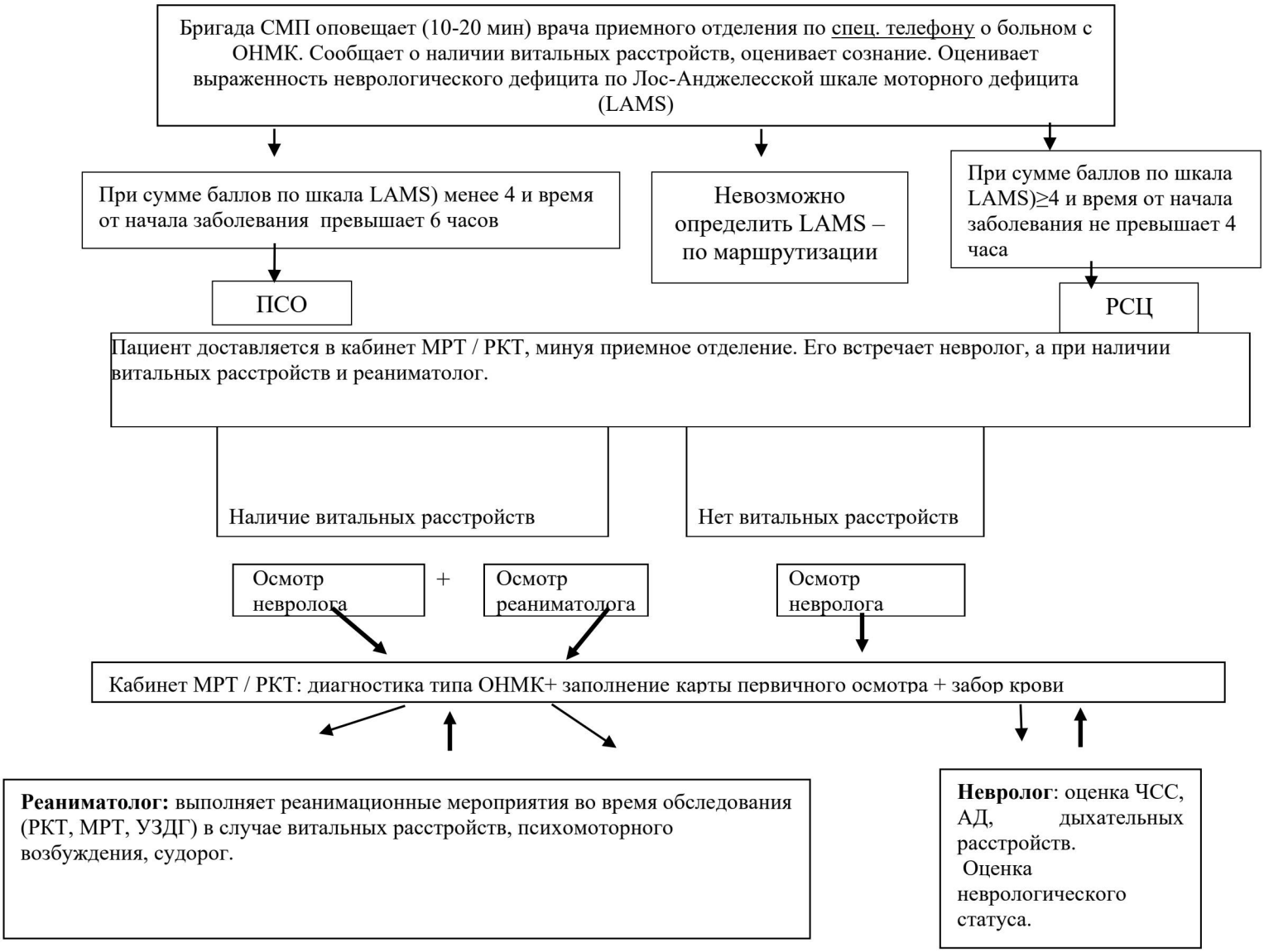
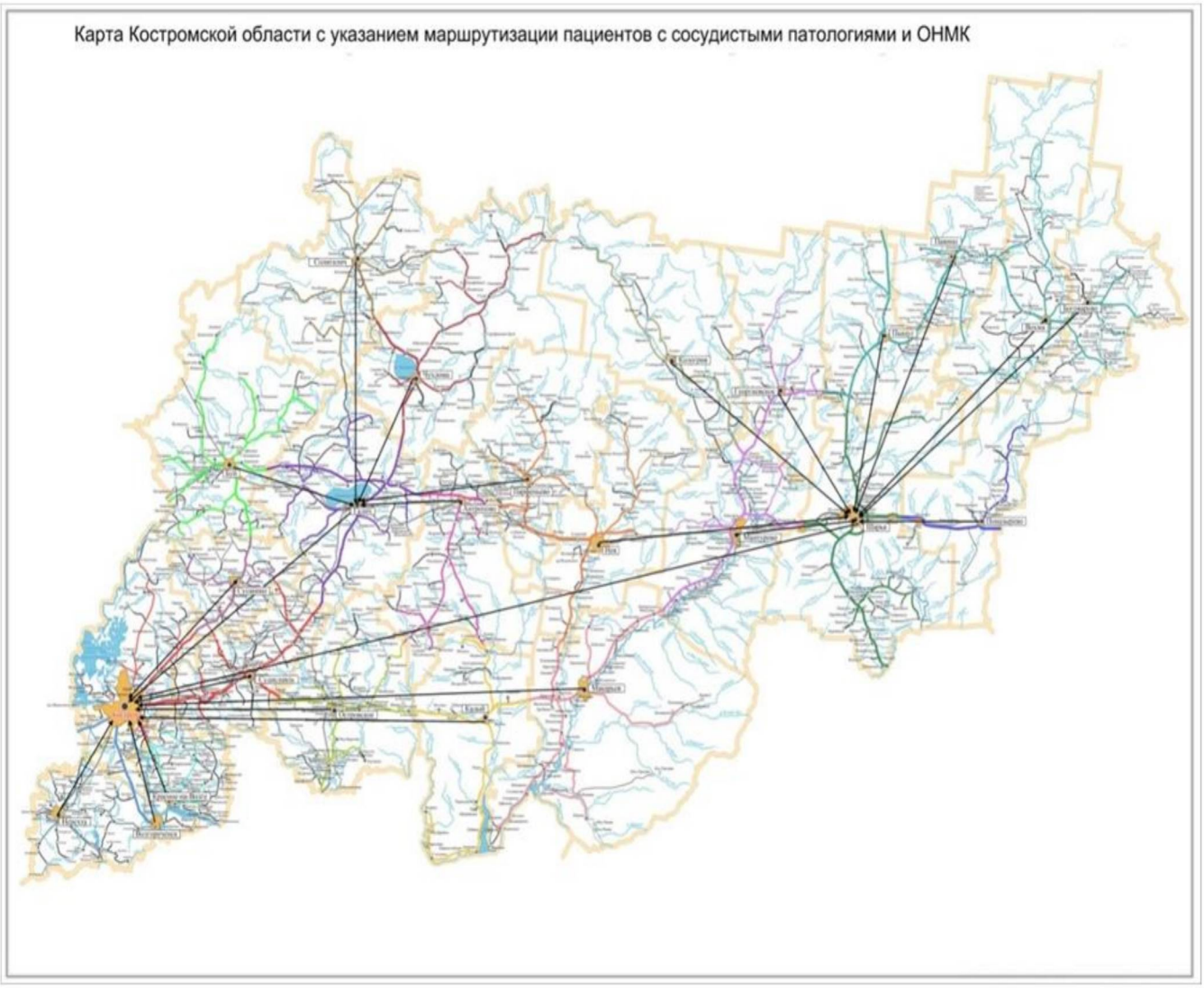


Схема № 3

Раздел V Схема маршрутизации пациентов с сосудистыми патологиями и ОНМК на территории Костромской области



Регламент взаимодействия медицинских организаций, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ОНМК

1. Настоящий Регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи больным с ОНМК в Костромской области.

2. Оказание медицинской помощи больным с ОНМК осуществляется в рамках последовательного процесса, начинающегося на догоспитальном этапе, который продолжается в медицинских организациях (далее – РСЦ и ПСО) в круглосуточных стационарных условиях:

2.1. При доставке больного с признаками ОНМК бригадой скорой медицинской помощи.

2.2. При самостоятельном обращении больного с признаками ОНМК в РСЦ и ПСО.

3. Скорая, в том числе специализированная, медицинская помощь, больным с ОНМК оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи в соответствии с:

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 года №388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.01.2016 года №33н «О внесении изменений в Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н»

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.07.2016 года №466н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром нарушении мозгового кровообращения»

4. Бригада скорой медицинской помощи, производящая транспортировку больного с признаками ОНМК в РСЦ или ПСО, согласно маршрутизации, утвержденной ДЗКО, предварительно оповещает медицинскую организацию о поступлении больного с признаками ОНМК с указанием приблизительного времени поступления, по телефонам отделения ПСО/РСЦ или приемного отделения, с уточнением о необходимости присутствия врача анестезиолога-реаниматолога, для восстановления нарушенных жизненно важных функций организма больного**:**

- ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница им. Королёва Е.И.»

Телефон отделения: 8(4942)-45-52-11

О пациентах, подходящих для проведения внутрисосудистой тромболэктомии связываться с дежурным неврологом РСЦ по номеру телефона: 8-910-921-46-83,

Приемное отделение 8(4942) 55-42-72

- ПСО 1 (ОГБУЗ ОБКО 1) телефон отделения: 8(4942)-31-25-32,

приемное отделение 8(4942) 31-66-30

- ПСО 2 (ОГБУЗ «Галичская ЦРБ»): телефон отделения 8(49437) -7-14-04

Приемное отделение 8(49437)2-16-84

- ПСО3 (ОГБУЗ «Шарьинская ЦРБ им. Каверина В.Ф.»): телефон отделения 8(49449) -5-40-04

Приемное отделение 8(49449)5-42-87

5. Оказание медицинской помощи больным с ОНМК на догоспитальном этапе осуществляется бригадами скорой медицинской помощи, согласно алгоритму ведения больных, с подозрением на ОНМК на догоспитальном этапе (приложение №1).

5.1. На догоспитальном этапе необходимо проводить дифференциальную диагностику с заболеваниями, имитирующие ишемический инсульт (приложение №2).

5.2. При подозрении на ОНМК провести оценку состояния выраженности неврологического дефицита по Лос-Анджелесской шкале моторного дефицита (LAMS), по результатам оценки осуществлять транспортировку в МО, согласно алгоритму маршрутизации и медицинской эвакуации пациентов с ОНМК.

5.3. На догоспитальном этапе, заполняется опросник для определения показаний проведения тромболитической терапии и лист доставки больного с ОНМК автомобилем СМП и сдается дежурному врачу-неврологу РСЦ или ПСО (приложение №3, приложение №4).

5.4. Пациент с признаками ОНМК при поступлении в стационар направляется, минуя приемное отделение, в кабинет компьютерной томографии, где осматривается дежурным врачом-неврологом, не позднее 10 минут от момента поступления.

5.5. Бригада СМП ожидает результат КТ-исследования. Время ожидания не более 20 минут. В случае не подтверждения диагноза ОНМК, бригада СМП обеспечивает транспортировку больного в стационар по месту жительства, согласно диагноза с соблюдением маршрутизации, утвержденной ДЗКО.

На госпитальном этапе

6. Врач-невролог:

- оценивает состояние жизненно важных функций организма больного, общее состояние больного, неврологический статус, направляет пациента на КТ-исследование. Время, от момента поступления больного с признаками ОНМК в РСЦ или ПСО до получения дежурным врачом-неврологом результатов КТ (МРТ) головного мозга, составляет не более 40 минут.

- результаты клинического осмотра сопоставляет с результатами балльной оценки по Шкале тяжести инсульта NIHSS (Приложение №5) с целью объективной оценки тяжести неврологического дефицита пациента. Всем пациентам с предположительным диагнозом ИИ/ТИА/ГИ не позднее 3 часов момента поступления в стационар (до применения седатирующих препаратов) выполняет оценку уровня бодрствования с использованием шкалы комы Глазго (приложение №6);

- по медицинским показаниям проводит мероприятия, направленные на восстановление нарушенных жизненно важных функций организма больного с признаками ОНМК;

- организует выполнение электрокардиографии,

- всем пациентам – кандидатам на реперфузионную терапию экстренное (20 минут от момента поступления в стационар) исследование крови для определения количества тромбоцитов, содержания глюкозы в периферической крови, международного нормализованного отношения (далее - МНО), активированного частичного тромбопластинового времени (далее - АЧТВ).

- назначает всем пациентам обязательные лабораторные тесты с предоставлением результатов в течение 3х часов с момента поступления, согласно клиническим рекомендациям;

- определяет показания для проведения тромболитической терапии пациентам, у которых лечение может быть начато в течение 4,5 часов после возникновения симптомов ишемического инсульта или последнего известного времени, когда у пациента не наблюдалось этих симптомов и при наличии показаний проводит ТЛТ, согласно приложению №8;

- заполняет карту первичного осмотра пациента (приложение №9).

Врач рентгенолог:

- обеспечивает выполнение КТ- и/или МРТ-исследования всем пациентам с признаками ОНМК при поступлении в соответствии с алгоритмом КТ- или МРТ-диагностики при ОНМК и предоставляет результаты исследования (заключение) не позднее 40 минут от момента поступления пациента в стационар.

- пациентам с признаками ОНМК по ишемическому типу, госпитализированным в первые 24 часа от начала заболевания, врач-рентгенолог проводит оценку данных нативного КТ-исследования или МРТ-исследования головного мозга с расчетом балла по шкале ASPECTS.

7. У пациентов, поступающих в терапевтическое окно, при инфарктах мозга проводится тромболитическая терапия.

При отсутствии противопоказаний к проведению тромболитической терапии ее начало возможно в кабинете КТ.

Показания/противопоказания для проведения системной тромболитической терапии оцениваются дежурным врачом-неврологом или врачом ПИТ/ОРИТ ОНМК.

При необходимости выполнения КТ-ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий рекомендуется придерживаться следующей последовательности:

- болюсное введение 10% от суммарной расчетнойдозы альтеплазы;
- выполнение КТ-ангиографии;
- начало инфузии 90% суммарной расчетной дозы альтеплазы (сразу после окончания сканирования).

Инфузия альтеплазы проводится в течение последующей транспортировки пациента в отделение рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения и продолжается одновременно с процедурой эндоваскулярной тромбоэкстракции. Начало эндоваскулярного вмешательства

не должно быть отсрочено ожиданием эффекта от системной тромболитической терапии.

В случаях применения фибринолитиков с болюсной схемой введение, таких как рекомбинантный белок, содержащий аминокислотную последовательность стафилокиназы, вводить препарат рекомендуется до проведения КТ-ангиографии.

При возникновении любых технических сложностей проведения КТ-ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий (трудности установки внутривенного периферического катетера с большим просветом, отсутствие качественной визуализации из-за психомоторного возбуждения пациента и др.), от проведения неинвазивной ангиографии следует воздержаться в пользу скорейшего начала системной тромболитической терапии при наличии показаний.

При выполнении только МРТ- исследования, системная тромболитическая терапия начинается после завершения исследования. Основанием для допуска персонала в кабинет МРТ является предварительный плановый инструктаж по технике безопасности. Допуск в процедурную МРТ возможен только в сопровождении рентген-лаборанта, медсестры или врача-рентгенолога кабинета МРТ.

После выполнения КТ или МРТ исследования, в том числе ангиографии, дежурный врач-невролог или врач ПИТ/ОРИТ ОНМК оценивает соответствие пациента следующим критериям отбора для проведения эндоваскулярного вмешательства:

Для пациентов, поступивших в первые 6 часов от начала заболевания:

балл по модифицированной шкале Рэнкина до настоящего инсульта от 0 - 2;

симптом-связанная окклюзия внутренней сонной артерии или проксимальных отделов средней мозговой артерии (М1 сегмент);

возраст >= l8лет;

количество баллов по шкале ASPECTS >= 6;

начало эндоваскулярного лечения не позднее 6 часов от развития симптомов.

Для пациентов, поступивших в период времени от 6 до 24 часов от начала заболевания возраст >= l8лет;

соответствие критериям, изложенным в приложении 10.

8.1. В случае неэффективности проведенного на этапе ПСО системного тромболизиса, если пациент соответствует критериям отбора для эндоваскулярного лечения, пациент в остром периоде ишемического инсульта для осуществления второго этапа реперфузионной терапии операции тромбоэкстракции и/или тромбоаспирации — направляется в РСЦ

8.2. На этапе РСЦ в случае выявления окклюзии М2 или М3 сегментов средней мозговой артерии, передних мозговых артерий, позвоночных артерий, основной артерии или задних мозговых артерии, а также при низком балле по шкале ASPE CTS (< 6) возможность эндоваскулярного лечения должна рассматриваться консилиумом врачей—специалистов после всесторонней оценки соотношения риска/пользы.

8.3. При технических сложностях или невозможности выполнения КТ—перфузии или МР-перфузии у пациентов с окклюзией внутренней сонной артерии или М1 сегмента средней мозговой артерии, поступивших в период времени от 6 часов до 24 часов от начала заболевания, решение о проведении тромбоэкстракции может приниматься консилиумом врачей-специалистов на основании выраженности неврологического дефицита (NIHSS >= 6) и балла по шкале ASPECTS > 7.

8.4. При проведении эндоваскулярного лечения ишемического инсульта врачам РЭДЛ следует использовать стент-ретриверы, тромбоаспирацию при помощи аспирационных катетеров с широким просветом или сочетание этих методов. У пациентов с сочетанными (экстра- и интракраниальнымм) поражениями брахиоцефальных сосудов в дополнение «тромбоэкстракции/тромбоаспирации для коррекции поражений в области каротидной бифуркации может применяться баллонная ангиопластика, каротидное стентирование, а также экстренная эндартерэктомия/эмболэктомии (симультантное гибридное вмешательство).

Через 24 часа после эндоваскулярного лечения (или раньше при клинической необходимости) врач ПИТ/ОРИТ ОНМК обеспечивает выполнение повторного КТ-исследования или МРТ—исследования с целью оценки динамики очага поражения головного мозга, выявления возможных геморрагических осложнений

9. Пациенты со всеми типами ОНМК в остром периоде заболевания, в том числе с транзиторными ишемическими атаками, направляются в палату (блок) реанимации и интенсивной терапии отделения в течении 60 минут.

Пациент с транзиторной ишемической атакой находится в ПРИТ в течение 24 часов с последующим решением вопроса о дальнейшей тактике лечения. При выявлении признаков стенозов и аномалий сосудов головного мозга, пациент консультируются сосудистым хирургом РСЦ для решения вопроса о хирургической профилактике повторного ОНМК.

10. Пациенту, у которого по заключению КТ-исследования или МРТ-исследования установлены признаки геморрагического инсульта, проводится консультация нейрохирурга, в том числе с использованием телемедицинских технологий, в срок не более 60 минут с момента получения результатов исследования. Врачами принимается решение о тактике лечения и перевода пациента из ПСО в РСЦ, для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «нейрохирургия», согласно «Критериям консультации (перевода) для хирургического лечения» (приложение №11 пункт 1, 2)

Экстренная транспортировка пациентов, нуждающихся в оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи выполняется бригадами СМП.

Ответственность за организацию транспортировки пациентов в РСЦ возлагается на руководителей медицинских организаций, из которых осуществляется перевод пациента.

11. Пациенту со злокачественным инфарктом в бассейне средней мозговой артерии в первые 24 часа от начала развития заболевания

проводится консультация нейрохирурга, по итогам которой принимается решение о тактике лечения и перевода пациента из ПСО в РСЦ, согласно «Критериям консультации (перевода) для хирургического лечения» (приложение №11 пункт 3).

12. Длительность пребывания больного с ОНМК в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии отделения определяется тяжестью состояния больного, но не может быть менее 24 часов, необходимых для определения патогенетического варианта ОНМК, тактики ведения и проведения мероприятий, направленных на предотвращение повторного развития ОНМК:

12.1. Всем пациентам проводить исходную оценку функции глотания для выявления ранних признаков дисфагии. Исходную оценку функции глотания предпочтительно проводить с использованием теста оценки глотания (приложение №12). Тест на дисфагию («трехглотковая проба» с использованием пульсоксиметра) следует проводить в течение первых 3х часов пребывания пациента в стационаре.

12.2. При невозможности тестирования функции глотания или выявлении дисфагии показана установка назогастрального зонда для осуществления нутритивной поддержки.

12.3. Всем пациентам с предположительным или верифицированном диагнозом ишемический инсульт при наличии симптомов нарушения мышечного тонуса и двигательной функции сопоставлять результаты клинического осмотра с результатами балльной оценки по шкалам MRC и Эшворт (приложение №13 и приложение №14) с целью объективной оценки степени выраженности этих симптомов для подбора адекватной терапии пациентов.

12.4. - всем пациентам с верифицированным диагнозом ИИ выполняет определение патогенетического варианта ишемического инсульта по критериям TOAST (приложение №7);

13. В палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии Отделения в течение всего срока пребывания каждому больному с ОНМК проводятся:

- мониторинг неврологического статуса (не реже чем 1 раз в 4 часа, при необходимости чаще);
- мониторинг соматического статуса, включающий контроль за функцией сердечно-сосудистой, дыхательной системы и системы гомеостаза (не реже чем 1 раз в 4 часа, при необходимости чаще);
- мониторинг лабораторных показателей;
- мероприятия по предупреждению соматических осложнений и повторного развития ОНМК;
- оценка нутритивного статуса (приложение 15);
- ранняя медицинская реабилитация.

14. При наличии медицинских показаний в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии больному с ОНМК проводятся:

- дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с цветным допплеровским картированием кровотока для визуализации

атеросклеротической бляшки, оценки ее морфологического состояния и поверхности, опасности повторной эмболии

- транскраниальная микроэмболодетекция;
- транскраниальное допплеровское мониторирование;
- эхокардиография трансторакальная;
- системная тромболитическая терапия и (или) тромбоэмболэктомия,
- при наличии нарушений ритма сердца и неустановленным патогенетическим вариантом инсульта, пациентам с подозрением на кардиоэмболический вариант подтипа ИИ/ТИА проводится холтеровское мониторирование сердечного ритма пациентам с ТИА/ИИ.

15. В случае необходимости проведения больному с ОНМК искусственной вентиляции легких длительностью более 7 суток, при наличии сопутствующей патологии, влияющей на тяжесть состояния, больной по решению консилиума врачей переводится в отделение интенсивной терапии и реанимации медицинской организации, по месту проживания.

16. Мероприятия по предупреждению развития повторного ОНМК проводятся не позднее 3 суток с момента развития ОНМК и включают медикаментозные и хирургические (при наличии медицинских показаний) методы лечения, после консультации сосудистого хирурга или нейрохирурга РСЦ, согласно «Критериям консультации (перевода) для хирургического лечения» (приложение №11, пункт 4).

17. Комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных вследствие ОНМК функций нервной системы, проводится мультидисциплинарной бригадой специалистов Отделения, включающей врача лечебной физкультуры, врача по медицинской реабилитации, врача-физиотерапевта, логопеда, инструктора по лечебной физкультуре, медицинского психолога, социального работника и, при наличии медицинских показаний, иных специалистов с первого дня оказания медицинской помощи в отделении.

17.1. Оказание специализированной (хирургической), в том числе высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при ОНМК в РСЦ ОГБУЗ «КОКБ им. Королева Е.И.», которая включает патологию брахиоцефальных артерий по профилям «сердечно-сосудистая хирургия» и «рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение», «нейрохирургия» операции на брахиоцефальных артериях, при внутримозговых гематомах, при аневризмах артерий головного мозга, тромбоэкстрация и тромбаспирация при ишемическом инсульте.

17.2. В случае невозможности выполнения оперативного вмешательства в РСЦ ОГБУЗ «КОКБ им. Королева Е.И.» подается запрос на телемедицинскую консультацию с НМИЦ федерального уровня по профилю «нейрохирургия», «сердечно-сосудистая хирургия» в течение 1 рабочего дня.

Телемедицинские консультации организуются и выполняются в соответствии с приказом департамента здравоохранения Костромской области от 13.08.2015г №489 «Об утверждении порядка оказания телемедицинских услуг». Ответственное лицо – начальник организационно – методического отдела ОГБУЗ КОКБ имени Королева Е.И., телефон для связи: 8-915-907-84-

48, адрес электронной почты: raevskayaau@kob.dzo-kostroma.ru

18. Больные с ОНМК направляются для проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации согласно шкале реабилитационной маршрутизации.

19. С целью постановки на диспансерное наблюдение пациентов, перенесших ОНМК, лечащий врач при выписке пациента из стационара, передает выписной эпикриз в электронном виде по защищенным каналам связи в медицинские организации по месту прикрепления пациента к МО, с планированием активного вызова врача терапевта.

20. Диспансерное наблюдение осуществляется согласно приказу Минздрава России № 168н

Приложение № 1
к Регламенту маршрутизации
пациентов с острым нарушением
мозгового кровообращения

Схема №4

Вызов СМП

Оценка общего состояния больного и его жизненно важных функций (ЧСС, АД, ритмичность дыхания, ЧДД). Обращает внимание на наличие или отсутствие нарушений функций внешнего дыхания (цианоз лица и кистей, наличие дополнительных дыхательных шумов, рвотные массы на одежде и лице, западение языка). Производит анализ ЭКГ, оценивает неврологические расстройства.

↓

При признаках диабетической комы – исследование глюкозы крови портативным глюкометром.

↓

В случае диабетической комы - транспортировка больного в терапевтический стационар по месту регистрации + оказание догоспитальной помощи.

↓

Наличие клиники ОНМК: экспресс – диагностика (FAST): речевые нарушения, асимметрия лица, парез руки

↓

Начать заполнение опросника** для показаний или противопоказаний к тромболитической терапии при ОНМК

↓

Проведение лечебных мероприятий согласно «Стандарта медицинской помощи больным с инсультом» (приказ МЗ РФ № 643 от 05.09. 2006) и методическим указаниям МЗ СО:
-стабилизация витальных функций (корректировка АД на уровне 190-180/110 – 100);
- нормализация функции внешнего дыхания (заведение воздуховода за корень языка, освобождение полости рта от рвотных масс, интубация трахеи и ИВЛ, подача увлажненного кислорода);
- купирование судорожного синдрома;
Стараться осуществлять в/в инфузии преимущественно в вены кистей или стоп.

↓

Оповещение приемного отделения прикрепленного центра по **спец. телефону**, сообщение о тяжести состояния больного: ЧСС, АД, ЧДД, степени нарушения сознания, наличии судорожного синдрома. Сообщает о необходимости осмотра реаниматологом. Экстренная транспортировка больного в кабинет РКТ/МРТ, минуя приемное отделение.
Завершение заполнения опросника** в кабинете РКТ/МРТ.

Приложение № 2
к Регламенту маршрутизации
пациентов с острым нарушением
мозгового кровообращения
Таблица № 15

Дифференциальная диагностика заболеваний,
имитирующие ишемический инсульт

Состояния/заболевания	Дифференциально-диагностические признаки
Психогенные расстройства	Отсутствие признаков объективного поражения ЦНС
Эпилептические приступы с постиктальным парезом (парез Тодда)	Наличие эпилептических приступов в анамнезе, эпилептическая активность по данным ЭЭГ
Гипогликемия	Сахарный диабет в анамнезе, низкий уровень глюкозы в плазме крови
Мигренозные приступы с аурой	Наличие в анамнезе подобных событий, аура, предшествующая возникновению неврологического дефицита, головная боль
Гипертензионная энцефалопатия	Головная боль, делириозное расстройство сознания, значимая артериальная гипертензия, отек головного мозга, судороги
Энцефалопатия Вернике	Злоупотребление алкоголем в анамнезе, атаксия, офтальмоплегия, дезориентация в пространстве и времени
Абсцесс головного мозга	Наркотическая зависимость в анамнезе, эндокардит, наличие у пациента лихорадки после проведения кардиологических операций по имплантации устройств
Опухоль головного мозга	Постепенное прогрессирование симптомов, данные о наличии малигнизации опухолевого процесса, эпилептический синдром в дебюте заболевания
Токсическое воздействие препаратов	Прием препаратов лития, фенитоина**, карбамазепина**и т.д.
Конверсионное расстройство	Несоответствие между объективной клинической картиной и предъявляемыми жалобами

Приложение № 3
к Регламенту маршрутизации
пациентов с острым нарушением
мозгового кровообращения

Таблица № 16

Опросник больного ОНМК для определения показаний к тромболитической терапии для СМП

	ДА	НЕТ
Уровень сознания менее 12 баллов ШКГ (сопор, кома)		
Анамнез инсульта		
Известно ли время возникновения инсульта?		
Укажите время возникновения инсульта: чч/мм		
Инсульт развился во время сна?		
Симптомы инсульта развились более 4,5 часов назад?		
Был ли судорожный припадок в начале развития инсульта?		
Данные анамнеза жизни		
Был ли инсульт (неуточненный) за последние 3 месяца?		
Было ли кровоизлияние в мозг, субарахноидальное кровоизлияние?		
Есть ли сочетание: инсульт в анамнезе + сахарный диабет?		
Были ли операции за последние 3 месяца?		
Была ли за последние 3 месяца травма головы с потерей сознания?		
Ставился ли за последние 10 дней катетер в подключичную, яремную, бедренную вену? (обязательно самому осмотреть типичные места)		
Выполнялся ли аборт за последние 3 месяца?		
Удалялись ли зубы за последние 2 недели?		
Имеется ли у пациентки менструальное кровотечение?		
Беременна ли пациента?		
Было ли обострение ЯБ или 12-ти перстной кишки последние 3 месяца?		
Оперировался ли пациент на головном или спинном мозге?		
Ставился ли пациенту диагноз аневризмы, опухоли, артериовенозной мальформации головного мозга?		
Есть ли у пациента почечная или печеночная недостаточность?		
Есть ли у пациента острый панкреатит, гепатит, эндокардит?		
Была ли у пациента повышенная кровоточивость, лечился ли он по этому поводу?		
Получал ли пациент за 48 часов до инсульта гепарин, варфарин, фенилин?		

Приложение № 4
к Регламенту маршрутизации
пациентов с острым нарушением
мозгового кровообращения

Лист доставки больного с ОНМК автомобилем СМП

Таблица № 17

Дата и время вызова СМП	__ __ ____ __:__
Дата и время прибытия СМП к пациенту	__ __ ____ __:__
Дата и время доставки пациента в ЛПУ	__ __ ____ __:__
Диагностические процедуры, проведенные бригадой СМП	
ЭКГ	
Уровень глюкозы крови (ммоль /л)	
Температура тела	
Медикаментозная терапия, проведенная бригадой СМП	
Нейропротекторы (глицин, этилметилгидроксипиридина сукцинат, другие – указать)	
Антиагреганты (аспирин, дипиридамол, клопидогрель, тиклопидин, другие – указать)	
Гипотензивные (диуретики, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, блокаторы СА каналов, другие – указать)	

Приложение № 5
к Регламенту маршрутизации
пациентов с острым нарушением
мозгового кровообращения

Таблица № 18

Оценка по шкале NIHSS

Признак	Определение значений баллов шкалы	Балл
Сознание: уровень бодрствования	Ясное Оглушение (заторможен, сонлив, но реагирует даже на незначительный стимул - команду, вопрос) Сопор (требует повторной, сильной или болезненной стимуляции для того, чтобы совершить движение или стать на время доступным контакту) Кома (речевому контакту недоступен, отвечает на раздражения лишь рефлекторными двигательными или вегетативными реакциями)	0 1 2 3
Сознание: ответы на вопросы. Просят больного назвать месяц года и свой возраст	Правильные ответы на оба вопроса Правильный ответ на один вопрос Неправильные ответы на оба вопроса	0 1 2
Сознание: выполнение инструкций. Просят больного закрыть и открыть глаза, сжать пальцы в кулак и разжать	Выполняет обе команды правильно Выполняет одну команду правильно Обе команды выполняет неправильно	0 1 2
Реакция зрачков на свет	Оба реагируют Реагирует один Нет реакции с обеих сторон	0 1 2
Движения глазных яблок (слежение за движением пальца)	Норма Частичный паралич взора (но нет фиксированной девиации глазных яблок) Фиксированная девиация глазных яблок	0 1 2
Поля зрения (исследуют с помощью движений пальцами, которые исследователь выполняет одновременно с обеих сторон)	Нет нарушений Частичная гемианопсия Полная гемианопсия	0 1 2
Паралич лицевой мускулатуры	Нет Легкий (асимметрия) Умеренно выраженный (полный или почти полный паралич нижней группы мимических мышц) Полный (отсутствие движений в верхней и нижней группах мимических мышц)	0 1 2 3
Движения в руке на стороне пареза. Руку просят удержать в течение 10 секунд в положении 90* в плечевом суставе, если больной сидит, и в положении сгибания 45 если больной лежит	Рука не опускается Больной вначале удерживает руку в заданном положении, затем рука начинает опускаться Рука начинает падать сразу, но больной все же несколько удерживает ее против силы тяжести Рука сразу падает, больной совершенно не может преодолеть силу тяжести Нет активных движений	0 1 2 3 4
Движения в ноге на стороне	Нога в течение 5 секунд не опускается	0

пареза. Лежащего на спине больного просят удержать в течение 5 секунд согнутую в тазобедренном суставе ногу, поднятую под углом 30*	Больной вначале удерживает ногу в заданном положении, затем нога начинает опускаться Нога начинает падать сразу, но больной все же несколько удерживает ее против силы тяжести Нога сразу падает, больной совершенно не может преодолеть силу тяжести Нет активных движений	1 2 3 4
Атаксия в конечностях. ПНП и ПКП (атаксия оценивается в баллах лишь в том, случае когда она непропорциональна степени пареза; при полном параличе кодируется буквой Н)	Нет Имеется или в верхней, или в нижней конечности Имеется и в верхней, и в нижней конечности	0 1 2
Чувствительность. Исследуется при помощи булавки, учитываются только нарушения	Норма Незначительно снижена Значительно снижена	0 1 2
Игнорирование (neglect, англ)	Не игнорирует Частично игнорирует зрительные, тактильные или слуховые раздражения Полностью игнорирует раздражения более одной модальности	0 1 2
Дизартрия	Нормальная артикуляция Легкая или умеренная дизартрия (произносит невнятно некоторые слова) Выраженная дизартрия (произносит слова почти невразумительно или хуже)	0 1 2
Афазия	Нет Легкая или умеренная (ошибки в названии, парафазии) Грубая Тотальная	0 1 2 3
Общая сумма баллов		

Приложение № 6
к Регламенту маршрутизации
пациентов с острым нарушением
мозгового кровообращения

Таблица № 19

Шкала ком Глазго

Признак	Виды реакции	Баллы
Открывание глаз (E, eye response)	Произвольное	4
	Как реакция на голос	3
	Как реакция на боль	2
	Отсутствует	1
Речевая реакция (V, verbal response)	Быстрый и правильный ответ на заданный вопрос	5
	Спутанная речь	4
	Словесная окрошка, ответ по смыслу не соответствует вопросу	3
	Нечленораздельные звуки в ответ на заданный вопрос	2
	Отсутствует	1
Двигательная реакция (M, motor response)	Выполнение движений по команде	6
	Целесообразное движение в ответ на болевое раздражение (отталкивание)	5
	Одергивание конечности в ответ на болевое раздражение	4
	Патологическое сгибание в ответ на болевое раздражение	3
	Патологическое разгибание в ответ на болевое раздражение	2
	Отсутствует	1

- 15 – ясное сознание
- 13-14 – умеренное оглушение
- 11-12 – глубокое оглушение
- 9-10 – сопор
- 7-8 – кома умеренная
- 5-6 – кома глубокая
- 3-4 – кома запредельная

Приложение № 7
к Регламенту маршрутизации
пациентов с острым нарушением
мозгового кровообращения

Таблица №20

Определение патогенетического варианта
ишемического инсульта по критериям TOAST

Признаки	Патогенетический подтип			
	Атеротромбо-тический	Кардио-эмболический	Лакунарный	Другой установленной этиологии
Клиника Поражение коры или мозжечка	+	+	-	+/-
Клиника Лакунарный синдром	-	-	+	+/-
Нейровизуализация (КТ/МРТ) Кортикальный, мозжечковый или подкорковый инфаркт более 1,5 см в диаметре	+	+	-	+/-
Нейровизуализация (КТ/МРТ) Подкорковый инфаркт или инфаркт ствола мозга менее 1,5 см в диаметре	-	-	+/-	+/-
Обследование Стеноз крупной церебральной артерии	+	-	-	-
Обследование Кардиальный источник эмболии	-	+	-	-
Обследование Другие причины	-	-	-	+

Приложение № 8
к Регламенту маршрутизации
пациентов с острым нарушением
мозгового кровообращения
Таблица № 21

Протокол отбора и проведения тромболитической терапии пациентам с ОНМК по ишемическому типу: препаратом альтеплаза, с учетом его инструкции

№_____ от _____. _____. 20_____ г.

1. Паспортная часть:

ФИО (полностью)		
Дата рождения (дд/мм/гг)	Возраст (лет)	
Пол (М/Ж)	Масса тела (кг)	
☐ ДА	Клиника (наличие симптомов)	☐ НЕТ
☐ ДА	Наличие очага ишемии по результатам КТ/МРТ исследования	☐ НЕТ

2. Наличие показаний для тромболизиса – тромболизис <u>ТОЛЬКО</u> при всех «ДА»:

☐ ДА	Возраст старше 18 лет	☐ НЕТ
☐ ДА	Клинический диагноз ишемического инсульта	☐ НЕТ
☐ ДА	Время не более 4,5 часов от начала заболевания до начала тромболизиса	☐ НЕТ

3. Наличие абсолютных противопоказаний для тромболизиса – тромболизис <u>ТОЛЬКО</u> при всех «НЕТ»:

Церебральные:		
☐ ДА	Время появления первых симптомов больше 4,5 часов от начала заболевания или время появления первых симптомов инсульта не известно (например, развитие инсульта во время сна – так называемый «ночной инсульт»)	☐ НЕТ
☐ ДА	Наличие признаков внутричерепного кровоизлияния, опухоли мозга, артериовенозной мальформации, абсцесса мозга, аневризмы церебральных сосудов при КТ/МРТ – исследовании.	☐ НЕТ
☐ ДА	Геморрагический инсульт или инсульт неуточненного характера в анамнезе.	☐ НЕТ
☐ ДА	Малый неврологический дефицит (NIHSS<4 баллов) или значительное клиническое улучшение перед началом терапии (неинвалидизирующая симптоматика).	☐ НЕТ
☐ ДА	Тяжелый инсульт (более 25 баллов по NIHSS или по данным нейровизуализации – в режиме ДВИ очаг ишемии распространяется на территорию более ⅓ бассейна СМА).	☐ НЕТ
☐ ДА	Судорожные приступы в дебюте заболевания, если нет уверенности, что приступ является клинической манифестацией ишемического инсульта с постиктальным резидуальным дефицитом.	☐ НЕТ
☐ ДА	Предшествующие инсульт или тяжелая черепно-мозговая травма в течение 3 месяцев.	☐ НЕТ
☐ ДА	Клинические признаки САК, даже если нет данных за него при КТ/МРТ	☐ НЕТ
☐ ДА	Хирургическое вмешательство на головном или спинном мозге в анамнезе.	☐ НЕТ
☐ ДА	Аневризмы артерий, пороки развития артерий и вен. Подозрение на расслаивающую аневризму аорты.	☐ НЕТ
☐ ДА	Новообразование с повышенным риском кровотечения	☐ НЕТ
Экстрацеребральные:		
☐ ДА	Гиперчувствительность к любому компоненту препарата алтеплаза (гентамицин).	☐ НЕТ

☐ ДА	Систолическое АД выше 185 мм.рт.ст или диастолическое АД выше 110 мм.рт.ст. или необходимость в/в введения препаратов для снижения АД до этих границ.	☐ НЕТ
☐ ДА	Геморрагический диатез.	☐ НЕТ
☐ ДА	Инфекционный эндокардит (включая бактериальный и вирусный).	
☐ ДА	Желудочно-кишечное кровотечение или кровотечение из мочеполовой системы за последние 3 недели. Подтвержденные обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в течение последних 3 месяцев.	☐ НЕТ
☐ ДА	Печеночная недостаточность (цирроз печени, активный гепатит, портальная гипертензия с варикозным расширением вен пищевода).	☐ НЕТ
☐ ДА	Острый панкреатит.	☐ НЕТ
☐ ДА	Настоящее кровотечение или кровотечение в течение предыдущих 6 месяцев.	☐ НЕТ
☐ ДА	Данные об острой травме (переломе) на момент осмотра.	☐ НЕТ
☐ ДА	Обширное хирургическое вмешательство, травма, пункция некомпремируемых сосудов, сердечно-легочная реанимация в течение последних 10 дней.	☐ НЕТ
☐ ДА	Недавний инфаркт миокарда.	☐ НЕТ
☐ ДА	Беременность, родовспоможение, 10 дней после родов.	☐ НЕТ
☐ ДА	Количество тромбоцитов <100 000/мкл.	☐ НЕТ
☐ ДА	Глюкоза крови менее 2,7 ммоль/л или более 22,0 ммоль/л.	☐ НЕТ
☐ ДА	Применение прямых антикоагулянтов (гепарин, гепариноиды) в предшествующие инсульту 48 часов со значением АЧТВ выше нормы.	☐ НЕТ
☐ ДА	Одновременный прием пероральных антикоагулянтов, например, варфарина при МНО>1,3.	☐ НЕТ
Дополнительные противопоказания для временного периода 3-4,5 часов от начала заболевания:		
☐ ДА	Прием оральных антикоагулянтов, вне зависимости от значений МНО.	☐ НЕТ
☐ ДА	Предшествующий инсульт (в сочетании с сахарным диабетом или без него).	☐ НЕТ
Проведение системной ТЛТ показано, но с осторожностью:		
1	Возраст старше 80 лет.	
2	Сахарный диабет и любой инсульт в анамнезе.	

4. Решение о возможности проведения тромболизиса Актилизе:

Возможен ☐ Не возможен ☐

Соблюдение тактики ведения пациента:

☐ ДА	Проведен сбор анамнеза, осмотр невролога, оценка неврологического статуса по шкале NIHSS.	☐ НЕТ
☐ ДА	Проведена компьютерная томография головного мозга.	☐ НЕТ
☐ ДА	Измерено АД на обеих руках, установлен периферический катетер.	☐ НЕТ
☐ ДА	Измерен уровень глюкозы крови, произведен забор крови на количество тромбоцитов, АЧТВ, МНО.	☐ НЕТ

Введите препарат Актелизе по схеме:

Добавить 50 мл воды для инъекций (прилагается) к 50 мг лиофилизированного порошка Актилизе, из расчета 0,9 мг [illegible] массы тела.

50-60 кг -50 мг	5 мг струйно (5 мл), 45 мг в течение 1 часа: 2 шприца по 22,5 мл со скоростью 45 мл/час через дозатор
60-70 кг – 63 мг	6 мг струйно (6 мл), 57 мг в течение 1 часа: 3 шприца по 19 мл со скоростью 57

	мл/час через дозатор
70-80 кг – 70 мг	7 мг струйно (7 мл), 63 мг в течение 1 часа: 3 шприца по 21 мл со скоростью 63 мл/час через дозатор
80-90 мг – 80 мг	8 мг струйно (8 мл), 72 мг в течение 1 часа: 3 шприца по 24 мл (поршень до отказа) со скоростью 72мл/час
90-100 кг – 90 мг	9 мг струйно (9 мл), 81 мг в течение 1 часа: 4 шприца по 20 мл со скоростью 81 мл/час через дозатор

Неврологический осмотр (с оценкой неврологического статуса по шкале NIHSS):
- каждые 15 мин в течение 3х час;
- каждый час в течение первых суток;

При появлении менингеального синдрома, появлении или нарастании общемозговых симптомов (сильные головные боли, тошнота, рвота), значительного усиления очаговой неврологической симптоматики, острого подъема АД -

ИНФУЗИЯ АКТЕЛИЗЕ ДОЛЖНА БЫТЬ ОСТАНОВЛЕНА

По возможности повторить КТ-исследование.

В случае появления геморрагической трансформации начать введение свежезамороженной плазмы, антифибринолитических препаратов (контрикал), аминокапроновой кислоты.

Выполнение КТ головного мозга в плановом порядке через 24 часа

Контроль АД:
- 2 часа от начала ТЛТ – каждые 15 минут;
- 6 часов – каждые 30 минут;
- до 24 часов – каждые 60 минут.

Мониторинг эффективности ТЛТ.

Время	Оценка по NIHSS	АД	ЧСС	ЧДД	SpO_2	T^0C
15 мин						
30 мин						
45 мин						
60 мин						
1 ч 15						

мин						
1 ч 30 мин						
1 ч 45 мин						
2 часа						
2 ч 15 мин						
2 ч 30 мин						
2 ч 45 мин						
3 часа						
4 часа						
5 часов						
6 часов						
7 часов						
8 часов						
9 часов						
10 часов						
11 часов						
12 часов						
13 часов						

14 часов						
15 часов						
16 часов						
17 часов						
18 часов						
19 часов						
20 часов						
21 час						
22 часа						
23 часа						
24 часа						

Дата _____ Врач_____ Подпись _____

Алгоритм выполнения тромболитической терапии у пациентов, получающих оральные антикоагулянты

1.3.1. Оценка возможности выполнения внутривенного тромболизиса у пациентов, получающих оральные антикоагулянты.

1. Сбор информации о факте получения пациентом антикоагулянтной терапии, конкретном препарате, получаемом пациентом, и времени приема последней дозы.
2. Срочное определение релевантных параметров системы гемостаза, отражающих наличие антикоагулянтного эффекта соответствующего препарата:

- варфарин - определение МНО;

- прямой ингибитор тромбина дабигатрана этексилат - определение ТВ – тромбиновое время (самый чувствительный показатель, позволяющий исключить наличие дабигатрана этексилата в плазме крови даже в очень низких концентрациях).

- ингибиторы Ха-фактора (ривароксабан, апиксабан и эдоксабан) - определение анти-Ха-активности плазмы крови

3. Оценка функции почек у пациентов, получающих ОАК. Рекомендуемый метод оценки функции почек - клиренс креатинина по Ко-крофту-Голту.

4. Оценка возможности выполнения ТЛТ пациентам, получающим ОАК:

а) выполнение в/в ТЛТ возможно у пациентов с нормальной функцией почек (клиренс креатинина >80 мл/мин по Кокрофту-Голту) в случае, если есть убедительные данные о том, что последняя доза препарата принята >48 ч назад. В случае отсутствия убедительных данных о отсутствии приема ОАК в течение последит 48 часов либо при сниженном клиренсе креатинина или наличии любых сомнений рекомендуется следовать пункту б*;*

б) у пациентов, у которых с момента приема последней дозы препарата прошло от 12 до 48 ч, либо клиренс креатинина менее 80 мл/мин, либо неизвестно время приема последней дозы ОАК, дальнейшая тактика определяется в зависимости от получаемого антикоагулянта:

• для пациентов, получавших дабигатрана этексилат:

-если значения ТВ находятся в пределах референсного диапазона локальной лаборатории, в/в ТЛТ может быть выполнена в соответствии с обычным протоколом;

-если значения ТВ выходят за пределы верхней границы референсного диапазона местной лаборатории, пациенту должно быть выполнено введение специфического антагониста (идаруцизумаба), после чего может быть выполнена в/в ТЛТ. Процедура введения идаруцизумаба и последующего выполнения в/в ТЛТ представлена ниже;

-если значения ТВ выходят за пределы верхней границы местного референсного диапазона, а специфический антагонист (идаруцизумаб) в клинике недоступен, выполнение тромболизиса невозможно;

• для пациентов, получавших ривароксабан, апиксабан или эдоксабан:

- при отсутствии определяемой анти-Ха-активности в/в ТЛТ возможна;

- при наличии определяемой анти-Ха-активности либо при невозможности выполнения данного теста в/в ТЛТ невозможна;

в) у пациентов, у которых с момента приема последней дозы прошло менее 12 ч:

•для пациентов, получавших дабигатрана этексилат:

-должно быть выполнено введение специфического антагониста (идаруцизумаба), после чего пациенту может в/в ТЛТ представлена ниже;

- если пациент получал дабигатрана этекск лат и специфический антагонист (идару. цизумаб) в клинике недоступен, в/в ТЛТ противопоказана независимо от результатов оценки параметров гемостаза;

•для пациентов, получавших ингибиторы Ха-фактора, в/в ТЛТ противопоказана независимо от результатов оценки параметров гемостаза.

Схема введения идаруцизумаба и проведение тромболитической терапии пациентам, получавшим дабигатрана этексилат

1. В соответствии с инструкцией по медицинскому применению рекомендуемая доза идаруцизумаба составляет 5 г (2 флакона по 2,5 г/50 мл). Препарат вводится внутривенно в виде двух последовательных инфузий (по 2,5 г [50 мл] каждая) длительностью не более 5-10 мин каждая или в виде болюса.

2. Противопоказания к введению идаруцизумаба:

• возраст моложе 18 лет;

• гиперчувствительность к действующему веществу и вспомогательным компонентам препарата.

3. После введения идаруцизумаба следует выполнить забор образца крови для экстренного определения тромбинового времени (далее ТВ) и немедленно начинать проведение в/в ТЛТ, не дожидаясь готовности результата измерения ТВ. В случае если полученные значения ТВ будут превышать верхнюю границу референсного диапазона местной лаборатории, выполнение в/в ТЛТ должно быть остановлено.

4. ТЛТ у пациентов, получавших дабигатрана этексилат, должна быть инициирована немедленно после введения идаруцизумаба, до получения подтверждения нормализации ТВ (см. выше). В случае получения результата измерения ТВ, выходящего за пределы верхней границы референсного диапазона местной лаборатории, выполнение в/в ТЛТ должно быть остановлено

Приложение № 9
к Регламенту маршрутизации
пациентов с острым нарушением
мозгового кровообращения

Карта первичного осмотра больного с ОНМК
(заполняется неврологом в кабинете РКТ)

ФИО_____возр._____

Дата и время осмотра:_____. Дата и время ОНМК:_____. Ожирение I II III IV
ЖАЛОБЫ: головная боль□, тошнота□, головокружение□, нарушение зрения□,
нарушения движений в левых□,/правых□ конечностях
Пациент дышит сам□; через воздуховод□; интубирован□; интубация трахеи +ИВЛ □

	ЧСС: пульс:__ ритмичен; АД / мм.рт. ст. Нарушения микроциркуляции□
	ЧДД: _____в мин; дыхание: ритмичное□,/аритмичное□; шумное□; западение языка□; аспирация□
	Гиперемия/ цианоз лица и шеи□; рвота□; икота □; зевательные движения□
	СОЗНАНИЕ: ясное□; оглушение□; сопор□; кома: I II III. ***Гормеотонические судороги***□
	Речевые расстройства: афазия□: моторная□, сенсорная□, смешанная□ и ее степень:
	Менингеальный синдром: ригидность мышц затылка□ (легкая, умеренная, грубая) синдром Кернига□ (легкий, умеренный, грубый)
	Мидриаз□ справа□,/слева□. Сходящееся□,/расходящееся□ косоглазие за счет OD,OS, OU
	Центральный парез□ YII нерва справа□,/слева□.
	Центральный□,/периферический□ парез XII нерва справа□/слева□.
	Бульбарные расстройства □.
	Спастический□,/вялый□ **парез□/плегия**□: в руке□ и/или ноге□; справа□ / слева□
	Брюшные рефлексы: снижены□,/ отсутствуют□: справа□/слева□
	Подошвенный рефлекс: снижен□,/ отсутствует□: справа□/слева□
	Рефлекс Бабинского справа□,/слева□.

РЕЗУЛЬТАТ РКТ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Субкортикальная, латеральная, медиальная **ВМГ** правого/левого полушария **головного мозга**.
Внутрижелудочковое кровоизлияние□: тампонада□ бокового, III, IY желудочка.
Окклюзионная гидроцефалия□ на уровне бокового, III, IY желудочков мозга.
Смещение срединных структур: _____ мм. Наличие масс-эффекта: □

Внутримозговая латеральная□ /медиальная□ гематома правого/левого **полушария мозжечка**□.
Гемотампонада□ IY желудочка; окклюзионная гидроцефалия□.
Субарахноидальное кровоизлияние□ с тампонадой□ базальных цистерн.
Субарахноидально-паренхиматозное□ кровоизлияние с формированием ВМГ правого□ /левого□ полушария головного мозга. Смещение срединных структур: _____ мм.
Субарахноидально-вентрикулярное□ кровоизлияние с тампонадой бокового□, III, IY желудочков мозга, острая окклюзионная гидроцефалия□ на уровне бокового/боковых, III, IY желудочков.
Стволовое кровоизлияние□ Кровоизлияние в зону **ишемического инсульта**□

В случае ишемического инсульта
Площадь очага ишемии составляет менее/более 1/3 бассейна СМА

Лабораторные данные

Количество тромбоцитов (не менее 100000/ мм^3)	
Гликемия (2.8 – 22.5 мМоль/л)	
Показатель АЧТВ (не более 38-40)	
Показатель МНО (не более 1.7)	

Осмотр кардиолога: _____

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:_____

_____

При САК: степень тяжести состояния по шкале Ханта-Гесса:_____ **степени**

ОСЛОЖНЕНИЕ:_____

_____

Сопутствующее заболевание:_____

_____

Стадия клинической компенсации, субкомпенсации, декомпенсации.

Пациент госпитализируется в _____ отделение.

Время госпитализации:_____часов____мин.

Врач: _____/_____/

ПРИЛОЖЕНИЕ: Оценка степени тяжести состояния больных с САК по шкале Ханта - Гесса

Степень тяжести	Критерии
I	Бессимптомное течение, возможна слабовыраженная головная боль или ригидность затылочных мышц.
II	Головная боль умеренная или слабовыраженная. Менингеальный синдром выражен. Очаговая с-ка отсутствует, за исключением поражения глазодвигательного нерва.
III	Менингеальный с-м выражен. Оглушение. Очаговая симптоматика умеренная.
I Y	Менингеальный с-м выражен. Сопор. Очаговая симптоматика выражена. Нарушения витальных функций.
Y	Кома разной глубины. Акинетический мутизм.

Приложение № 10
к Регламенту маршрутизации
пациентов с острым нарушением
мозгового кровообращения

Показания для тромбоэкстракции/тромбоаспирации у пациентов с ишемическим инсультом и окклюзией крупной церебральной артерии, поступивших в стационар в период времени, превышающий 6 часов от начала заболевания

Сумма баллов по модифицированной шкале Рэнкина до настоящего инсульта 0-2.

Симптом—связанная окклюзия внутренней сонной артерии, средней мозговой артерии (М1 сегмент).

Соответствие пунктам клинико—перфузионных (КТ-перфузия или МР—перфузия) критериев А или критериев Б.

Критерии А:

1. Начало эндоваскулярного лечения (пункция артерии доступа) не позднее 16 часов от начала заболевания (или от времени последнего контакта с пациентом до появления симптомов).
2. Сумка баллов по шкале инсульта NIHSS - 6.
3. Объем ядра ишемии < 70 мл.
4. Значение несоответствия между объемами зоны гипоперфузии и ядра ишемии > 1,8.
5. Объем потенциально жизнеспособной ткани мозга>15мл (объем несоответствия между ядром ишемии и зоной гипоперфузии).

Критерии Б:

1. Симптом—связанная окклюзия внутренней сонной артерии, средней мозговой артерии (М1 сегмент).
2. Начало эндоваскулярного лечения (пункция артерии доступа) не позднее 24 часов от начала заболевания (или от времени последнего контакта с пациентом).
3. Сумма баллов по шкале инсульта NIHSS - 10.
4. Объем ядра ишемии <21 мл для пациентов в возрасте ~ 80 лет и баллом по NIHSS ~ 10.
5. Объем ядра ишемии 31—51 мл для пациентов в возрасте < 80 лет и баллом по NIHSS ~ 10.
6. Объем ядра ишемии < 31 мл для пациентов в возрасте < 80 лет и баллом по NIHSS ~ 20.

Информация для расчета зоны ишемического повреждения:

Объемом зоны гипоперфузии считается объем ткани мозга с показателем Тта, > 6 сек;

в случае проведения КТ—перфузии ядром ишемии считается зона со снижением показатели rCB F < 30% (в сравнении с контралатеральной зоной);

в случае проведения МР—перфузии ядром ишемии считается зона с измеряемым коэффициентом диффузии (apparent diffusion coefficient) < 620 x 10-6 min2/s';

объем потенциально жизнеспособной ткани мозга соответствует разнице между объемом зоны гипоперфузии и объемом ядра ишемии;

расчет объемов перфузионных показателей долже проводиться с применением программ автоматической обработки изображений.

Приложение № 11
к Регламенту маршрутизации
пациентов с острым нарушением
мозгового кровообращения

Критерии консультации (перевода) для хирургического лечения.

Показания для перевода пациента в нейрохирургическое отделение РСЦ из ПСО:

1. Гипертензивные внутримозговые гематомы

1.1. КТ признаки:

- лобарные гематомы, объемом более 40 $см^3$;
- латеральные гематомы, объемом более 30 $см^3$;
- таламические гематомы, объемом более 15 $см^3$;
- гемотампонада желудочков мозга, приводящая к развитию окклюзионной гидроцефалии;
- гематомы мозжечка, в том числе с развитием окклюзионной гидроцефалии;

1.2. отрицательная динамика или отсутствие положительной динамики на фоне консервативной терапии.

состояние сознания –шкала комы Глазго ≥8;

отсутствие нарушений свертывающей системы крови

2. Аневризмы церебральных артерий в острую стадию разрыва является:

- отсутствие вазоспазма;
- тяжесть состояния по шкале Ханта-Хесса I-II-III;

3. Злокачественный инфаркт в бассейне средней мозговой артерии и базилярной артерии:

- инфаркт более 50% бассейна СМА на КТ или более 145 $см^3$ по диффузно-взвешенным изображениям на МРТ;
- инфаркт мозжечка со сдавлением IV желудочка и признаками ООГ (расширение височных рогов, III желудочка, перивентрикулярный отек);

состояние сознания –шкала комы Глазго ≥8.

4. Хирургическая профилактика ишемического инсульта:

- «симптомные» стенозы устья ВСА более 55% (подтвержденным на РКТ-Аг БЦА) в виде завершенного ишемического инсульта и тяжестью состояния по NIHS не более 4-х баллов;
- «симптомные» окклюзии внутренней сонной артерии (подтвержденные на РКТ-Аг БЦА и подтвержденной возможностью хирургического вмешательства, а также признаками недостаточной коллатерилизации мозгового кровотока по УЗДГ БЦА в виде снижения индекса церебрального перфузионного резерва до 1.0 и ретроградного кровотока по глазничному анастомозу) и тяжестью состояния по NIHS не более 6-х баллов;

Приложение № 12
к Регламенту маршрутизации
пациентов с острым нарушением
мозгового кровообращения

СТАНДАРТИЗИРОВАННОЕ СКРИНИНГОВОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ФУНКЦИИ ГЛОТАНИЯ

Прежде, чем проводить тестирование – заполните этот лист (в течение первых 24-х часов после поступления пациента на отделение)

Ф.И.О.:..... .....Палата №.....

1. Пациент бодрствует или может быть разбужен? Реагирует на обращение? ДА ☐

НЕТ ☐

2. Может ли пациент быть посажен? Может ли сидя контролировать положение головы? ДА ☐

НЕТ ☐

Если вы ответили **НЕТ** хотя бы на 1 вопрос – остановитесь и

НЕ ПРИСТУПАЙТЕ К ТЕСТИРОВАНИЮ

Производите повторные оценки каждые 24 часа. Обсудите вопросы питания и гидратации с врачами.

3. Может ли пациент покашлять, если его попросить об этом? ДА ☐

НЕТ ☐

4. Может ли пациент контролировать слюну (вовремя проглатывать, не допускать истечение слюны изо рта)? ДА ☐

НЕТ ☐

5. Может ли пациент облизать губы? ДА ☐

НЕТ ☐

6. Может ли пациент свободно дышать? ДА ☐

НЕТ ☐

Если ответы на 3-6 вопросы «ДА» ***– переходите к тестированию***
Если на любой из вопросов вы ответили «НЕТ» – ОБРАТИТЕСЬ ЗА КОНСУЛЬТАЦИЕЙ К СПЕЦИАЛИСТУ ПО ГЛОТАНИЮ

7. Голос пациента влажный или хриплый? ДА ☐ **обратитесь к специалисту по глотанию**

НЕТ ☐ **приступайте к тестированию**

Если сомневаетесь, обсудите с логопедом и врачами.

Лист заполнила:
Дата: «____» _____ Время: ____час. ____мин.

Подпись:... ..... /Фамилия...../

Приложение № 13
к Регламенту маршрутизации
пациентов при острых
нарушениях
мозгового кровообращения

Шкала MRC:

0 - Отсутствие всех движений

1 - Сокращение части мышц без двигательного эффекта в соответствующем суставе

2 - Сокращение мышц с двигательным эффектом в суставе без возможности подъема конечности

3 - Сокращение мышц с подъемом конечности без возможности преодоления дополнительной нагрузки, прикладываемой рукой исследующего

4 - Активное движение конечности с возможностью преодоления дополнительной нагрузки, прикладываемой рукой исследующего

5 - Исследующий не может преодолеть сопротивление обследуемого при разгибании его руки - нормальная сила.

Приложение № 14
к Регламенту маршрутизации
пациентов с острым нарушением
мозгового кровообращения

Шкала Эшворта

0. Мышечный тонус не повышен.

1. Легкое повышение тонуса в виде кратковременного напряжения и быстрого расслабления мышцы или минимального сопротивления в конце пассивного сгибания или разгибания.

1+. Легкое повышение тонуса в виде кратковременного напряжения мышцы с минимальным сопротивлением при продолжении пассивного движения (менее половины амплитуды).

2. Более выраженное повышение мышечного тонуса, ощущаемое во время выполнения почти всего пассивного движения; при этом пораженный(е) сегмент(ы) конечности легко поддаются движению.

3. Значительное повышение мышечного тонуса, пассивные движения затруднены.

4. Пораженный(е) сегмент(ы) неподвижны при сгибании или разгибании.

Приложение № 15
к Регламенту маршрутизации
пациентов с острым нарушением
мозгового кровообращения

Таблица № 21

Оценка нутритивного статуса

Столбец1	**вес (кг)**	**рост (м)**	**рост 2**	**ИМТ**
ИМТ = ВЕС (кг)/ (рост (М))^2				

ПОЛ

Расчет величины основного обмена (ООЭ)	**Вес(кг)**	**Рост (см)**	**Возраст (годы)**	**ООЭ**
БЭЗ=655+9,5х Вес (кг) + 1,8х Рост (см) - 4,7х Возраст (годы)				

Истинная потребность пациента в энергии	**ООЭ**	**ФА**	**ИПЭ**
ИПЭ=ООЭхФА			

Консультация врача-диетолога

Алгоритм диспансерного наблюдения пациентов после перенесенного ОНМК

1. Пациенты с установленными диагнозами I60—I64, I69 в обязательном *порядке* подлежат диспансерному наблюдению. Длительность диспансерного наблюдения - наблюдение пожизненное.

2. Пациенты с установленными диагнозами I60—I64, I69 в течение 5—х рабочих должны после выписки из стационара быть взяты под диспансерное наблюдение.

Диспансерное наблюдение пациентов после острого нарушения мозгового кровообращения осуществляет врач—терапевт. Прием (осмотр, консультация) врача—невролога по медицинским показаниям.

3. Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций) — в первый год не реже 1 раза в 3 месяца, далее не реже 1 раза в 6 мес.

4. Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения: вес (индекс массы тела), окружность талии, статус курения, глюкоза плазмы крови (натощак); АД, ЧСС; ЭКГ; при терапии статинами — трансаминазы и КФК (через 4 недели от начала терапии или при мышечных симптомах); ХС—ЛПНП.

5. Пациенты после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения являются приоритетной группой для проактивного приглашения на диспансерное наблюдение.

6. Списки пациентов необходимо формировать ежеквартально с последующие проактивным приглашением на диспансерное наблюдение. Приглашение пациентов на диспансерное наблюдение осуществляет медицинская сестра участковая, колл-центр государственного учреждения здравоохранения Костромской области, осуществляющего диспансерное наблюдение.

7. По итогам диспансерного приема врач при необходимости проводит коррекцию лечения (в соответствии с клиническими рекомендациями по профилю заболевания), краткое профилактическое консультирование, оценивает необходимость госпитализации, а также при необходимости направляет на реабилитационные мероприятия.

8. Диспансерное наблюдение после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения осуществляет государственное учреждение здравоохранения Костромской области, за которой закреплен пациент для диспансерного наблюдения, оно осуществляет проведение лабораторного и инструментального обследования в соответствии с приказом Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

9. Врач—терапевт при диспансерном наблюдения после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения осуществляет контроль за достижением у пациента целевых показателей ЧСС, АД, ЛПНП в соответствии с утвержденными клиническими рекомендациями.

Порядок ДН пациентов со стенозами брахиоцефальных артерий

1. Пациенты с установленными диагнозами I65.2, а также с диагнозами I60-I64, I69, I67.8, имеющие стенозы более 40% или закупорку (окклюзию) брахиоцефальных артерий после выписки из стационара в обязательном порядке подлежат диспансерному наблюдению в поликлинике. Длительность диспансерного наблюдения — наблюдение пожизненное.

2. Диспансерное наблюдение пациентов с установленными диагнозами 165.2, а также с диагнозами I60—I64, I67.8, I69 имеющие стенозы более 40% или закупорку (окклюзию) брахиоцефальных артерий, осуществляет врач—терапевт.

3. Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций) — в соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год.

4. Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения: вес (индекс массы тела), окружность талии, статус курения, артериальное давление, частота сердечных сокращений.

5. Необходимые обследования при проведении диспансерного наблюдения: холестерин липопротеидов низкой плотность — не реже 2 раз в год, уровень стеноза сонных артерий по данным ультразвукового допплеровского исследования сонных артерий (не реже 1 раза в год);

6. Пациенты с установленными диагнозами I65.2, а также с диагнозами I60-I64, I69, I67.8, имеющие стенозы более 40% или закупорку (окклюзию) брахиоцефальных артерий, являются приоритетной группой для проактивного приглашения на диспансерное наблюдение.

7. Списки пациентов с установленными диагнозами I65.2, а также с диагнозами I60-I64, I69, I67.8, имеющие стенозы более 40% или закупорку (окклюзию) брахиоцефальных артерий, необходимо формировать ежеквартально с последующим проактивным приглашением на диспансерное наблюдение. Приглашение пациентов на диспансерное наблюдение осуществляет медицинская сестра участковая, колл-центр осуществляет государственного учреждения здравоохранения Костромской области, за которой закреплен пациент для диспансерного наблюдения.

Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия пациентов с ОНМК в зависимости от балла по шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ) при выписке

1. При определении больному, перенесшему ОНМК, этапа медицинской реабилитации использовать шкалу реабилитационной маршрутизации (ШРМ) (приложение №1), также с учетом шкалы мобильности Ривермид (приложение №2):

1.1. Для пациентов со значением ШРМ 2 - 3 балла - на третий этап медицинской реабилитации в медицинские организации первой, второй, третьей и четвертой групп, включая федеральные медицинские организации.

1.2. Для пациентов со значением ШРМ 4 - 5 баллов - на второй этап медицинской реабилитации, в медицинские организации, включая федеральные медицинские организации, второй, третьей и четвертой групп.

1.3. Для пациентов со значением ШРМ 4 - 6 баллов - на второй этап медицинской реабилитации в медицинские организации, включая федеральные медицинские организации, третьей и четвертой групп.

2. Больные с ОНМК, имеющие существенно ограниченные физические или психические возможности и нуждающиеся в интенсивной симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе направляются в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь.

*Группы определяются в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. №788н.

Перечень МО оказывающих помощь на 2, 3 этапах медицинской реабилитации

ОГБУЗ ОБКО 1	Отделение медицинской реабилитации 2 этап
ОГБУЗ Шарьинская ЦРБ	Отделение медицинской реабилитации 2 этап
ОГБУЗ Городская больница города Костромы	Отделение реабилитации, 3 этап (дневной стационар)
Поликлиника для взрослых №4 ОГБУЗ Городской больницы г. Костромы	Отделение реабилитации, 3 этап (амбулаторный)

Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ)

Значения показателя ШРМ (баллы)	**Описание статуса пациента с нарушением функции, структуры, ограничения активности и участия (жизнедеятельности)**			
	При заболеваниях или состояниях центральной нервной системы	**При заболеваниях или состояниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы**	**При соматических заболеваниях**	**При заболеваниях и состояниях, вызванных новой коронавирусной инфекцией COVID19, а также при сочетании новой коронавирусной инфекции с другими заболеваниями и состояниями (для ГБУЗ ЯО «КБ № 3»**
0	Отсутствие нарушений функций, структур, жизнедеятельность сохранена полностью			
1	Отсутствие проявлений нарушений функций, структур, процессов жизнедеятельности, несмотря на имеющиеся симптомы заболевания			

	а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и до болезни.	а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и до болезни.	а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и до болезни; в) может выполнять физическую нагрузку выше обычной без слабости, сердцебиения, одышки.	а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и до болезни; в) может выполнять физическую нагрузку выше обычной без слабости, сердцебиения, одышки.
2	Легкое нарушение функций, структур и процессов жизнедеятельности			
	а) не может выполнять виды деятельности (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и др.) с той степенью активности, которая была до болезни, но может справляться с ними без посторонней помощи; б) может самостоятельно себя обслуживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды,	а) не может выполнять виды деятельности (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и др.) с той степенью активности, которая была до болезни, но может справляться с ними без посторонней помощи; б) может самостоятельно себя обслуживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может	а) не может выполнять виды деятельности (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и др.) с той степенью активности, которая была до болезни, но может справляться с ними без посторонней помощи; б) обычная физическая нагрузка не вызывает выраженного утомления, слабости, одышки или сердцебиения. Стенокардия развивается при значительном, ускоренном или особо длительном напряжении (усилии). Тест шестиминутной ходьбы (ТШМ) > 425 м. Тесты с физической нагрузкой (велоэргометрия или спироэргометрия) 125 Вт/ 7 МЕ: в) может самостоятельно себя обслуживать (сам	а) не может выполнять виды деятельности (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и др.) с той степенью активности, которая была до болезни, но может справляться с ними без посторонней помощи; б) обычная физическая нагрузка не вызывает выраженного утомления, слабости, одышки или сердцебиения. Чувство нехватки воздуха, слабость, потливость, стенокардия и развивается при значительном, ускоренном или особо длительном напряжении (усилии). Тест шестиминутной ходьбы (ТШМ) > 425 м. Тесты с физической нагрузкой (велоэргометрия или спироэргометрия) 125

	самостоятельно передвигается); в) не нуждается в наблюдении: г) может проживать один дома от недели и более без посторонней помощи.	совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается); в) не нуждается в наблюдении; г) может проживать один дома от недели и более без посторонней помощи.	одевается и	Вт/ 7 МЕ;
			раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается); г) не нуждается в наблюдении; д) может проживать один дома от недели и более без посторонней помощи.	в) может самостоятельно себя обслуживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается); г) не нуждается в наблюдении; д) может проживать один дома от недели и более без посторонней помощи.
3	Умеренное нарушение функций, структур и процессов жизнедеятельности			
	а) может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; б) самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет другие виды повседневной активности;	а) может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи или с помощью трости; б) незначительное ограничение возможностей самообслуживания при одевании,	а) может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи: б) патологические симптомы в покое отсутствуют, обычная физическая нагрузка вызывает слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку, стенокардия развивается при ходьбе на расстояние > 500 м по ровной местности, при подъеме на > 1 пролет обычных ступенек, в среднем темпе, в	а) может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; б) патологические симптомы в покое отсутствуют, обычная физическая нагрузка вызывает слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку, потливость, стенокардия развивается при ходьбе на расстояние > 500 м по ровной местности, при подъеме на > 1 пролет обычных ступенек, в среднем темпе, в нормальных

	в) нуждается в посторонней помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками и др.; г) нуждается в помощи для выполнения операций с денежными средствами; д) может проживать один дома без посторонней помощи от 1 суток до 1 недели.	раздевании, посещении туалета, приеме пищи и выполнении прочих видов повседневной активности; в) нуждается в посторонней помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками и другие; г) умеренно выраженный болевой синдром во время ходьбы,	нормальных условиях. ТШМ = 301 - 425 м. Тесты с физической нагрузкой (велоэргометрия/спироэргометрия) = 75 - 100 Вт/4 - 6,9 МЕ; в) самостоятельно одевается,	условиях. ТШМ = 301 - 425 м. Тесты с физической нагрузкой (велоэргометрия/спироэргометрия) = 75 - 100 Вт/4 - 6,9 МЕ; в) самостоятельно
		незначительно выраженный болевой синдром в покое (1 - 3 балла по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ). д) может проживать один дома без посторонней помощи от 1 суток до 1 недели.	раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности; г) нуждается в посторонней помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками; д) может проживать один дома без посторонней помощи от 1 суток до 1 недели.	одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности; г) нуждается в посторонней помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками; д) может проживать один дома без посторонней помощи от 1 суток до 1 недели.
4	Выраженное нарушение функций, структур и процессов жизнедеятельности			
	а) не может передвигаться	а) умеренное ограничение	а) умеренное ограничение возможностей передвижения;	а) умеренное ограничение возможностей передвижения;

	самостоятельно без посторонней помощи; б) нуждается в посторонней помощи при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др.; в) в обычной жизни нуждается в ухаживающем; г) может проживать один дома без посторонней помощи до 1 суток.	возможностей передвижения, нуждается в дополнительном средстве опоры - костылях; б) умеренное ограничение возможностей самообслуживания и выполнения всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др.; в) выраженный болевой синдром во время движений, умеренно выраженный болевой синдром в покое (4 - 7 баллов по ВАШ); д) может проживать один дома без посторонней помощи от 1 суток до 1 недели.	б) стенокардия возникает при ходьбе от 100 до 500 м по ровной местности, при подъеме на 1 пролет обычных ступенек, в среднем темпе и в нормальных условиях. ТШМ = 150 - 300 м, тесты с физической нагрузкой (велоэргометрия/спироэргометрия) = 25 - 50 Вт/2 - 3,9 МЕ; в) нуждается в посторонней помощи при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, посещение туалета, прием пищи и др.; г) в обычной жизни нуждается в ухаживающем; д) может проживать один дома без посторонней помощи до 1 суток.	б) слабость, одышка, чувство нехватки воздуха, головокружение, потливость, боли в мышцах, стенокардия возникает при ходьбе от 100 до 500 м по ровной местности при подъеме на 1 пролет обычных ступенек, в среднем темпе и в нормальных условиях. ТШМ = 150 - 300 м, тесты с физической нагрузкой (велоэргометрия/спироэргометрия) = 25 - 50 Вт/2 - 3,9 МЕ; в) нуждается в посторонней помощи при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, посещение туалета, прием пищи и др.; г) в обычной жизни нуждается в ухаживающем; д) может проживать один дома без посторонней помощи до 1 суток.
5	Грубое нарушение функции, структур и процессов жизнедеятельности			
	а) пациент прикован к постели; б) не может передвигаться самостоятельно	а) выраженное ограничение возможностей передвижения, нуждается в дополнительны	а) больной комфортно чувствует себя только в состоянии покоя, малейшие физические нагрузки приводят к появлению слабости, сердцебиения,	а) больной комфортно чувствует себя только в состоянии покоя или прикован к постели, малейшие физические нагрузки приводят к

	без посторонней помощи; в) нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др.; г) круглосуточно нуждается в ухаживающем; д) не может быть оставлен один дома без посторонней помощи.	х средствах опоры - ходунки или самостоятельно передвигается в коляске. Перемещение ограничено пределами стационарного отделения. Не может ходить по лестнице; б) выраженное ограничение возможностей самообслуживания и выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет; в) выраженный болевой синдром в покое (8 - 10 баллов по ВАШ), усиливающийся при движении; г) может проживать один дома без посторонней помощи до 1 суток.	одышки, болям в сердце. ТШМ < 150 м; б) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; в) нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др.; г) круглосуточно нуждается в ухаживающем; д) не может быть оставлен один дома без посторонней помощи.	появлению выраженной слабости, потливости, мышечных болей, сердцебиения, одышки, болям в сердце, головокружению. ТШМ < 150 м; SpO2 при дыхании атмосферным воздухом не менее 93% у пациента без известного анамнеза ХОБЛ; б) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; в) нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др.; г) круглосуточно нуждается в уходе; д) не может быть оставлен один дома без посторонней помощи.
6	Нарушение жизнедеятельности крайней степени тяжести			
	а) хроническое нарушение сознания: витальные функции			а) хроническое нарушение сознания: витальные функции стабильны; нейромышечные и коммуникативные функции

	стабильны; нейромышечные и коммуникативные функции глубоко нарушены; пациент может находиться в условиях специального ухода реанимационного отделения; б) нейромышечная несостоятельность: психический статус в пределах нормы, однако глубокий двигательный дефицит (тетраплегия) и бульбарные нарушения вынуждают больного оставаться в специализированном реанимационном отделении.			глубоко нарушены; пациент может находиться в условиях структурного подразделения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по профилю "анестезиология и реаниматология" (далее - реанимационное отделение); б) SpO2 при дыхании атмосферным воздухом менее 90% у пациента без известного анамнеза ХОБЛ; площадь инфильтративных изменений легких более 50%; нейромышечная несостоятельность: психический статус в пределах нормы, глубокий двигательный дефицит, бульбарные нарушения.

Шкала мобильности Ривермид

№ вопроса, балл	Навык	Вопрос
1	Повороты в кровати	Можете ли вы повернуться со спины на бок без посторонней помощи?
2	Переход из положения лежа в положение сидя	Можете ли вы из положения лежа самостоятельно сесть на край постели?
3	Удержание равновесия в положении сидя	Можете ли вы сидеть на краю постели без поддержки в течение 10 секунд?
4	Переход из положения сидя в положение стоя	Можете ли вы встать (с любого стула) менее чем за 15 секунд и удерживаться в положении стоя около стула 15 секунд (с помощью рук или, если требуется с помощью вспомогательных средств)?
5	Стояние без поддержки	Наблюдают, как больной без опоры простоит 10 секунд
6	Перемещение	Можете ли вы переместиться с постели на стул и обратно без какой-либо помощи?
7	Ходьба по комнате, в том числе с помощью вспомогательных средств, если это необходимо	Можете ли вы пройти 10 метров используя, при необходимости вспомогательные средства, но без помощи постороннего лица?

8	Подъем по лестнице	Можете ли вы подняться по лестнице на один пролет без посторонней помощи?
9	Ходьба за пределами квартиры (по ровной поверхности)	Можете ли вы ходить за пределами квартиры, по тротуару без посторонней помощи?
10	Ходьба по комнате без применения вспомогательных средств	Можете ли вы пройти 10 метров в пределах квартиры без костыля, ортеза и без помощи другого лица?
11	Поднятие предметов с пола	Если вы уронили что-то на пол, можете ли вы пройти 5 метров, поднять предмет, который вы уронили, и вернуться обратно?
12	Ходьба за пределами квартиры (по неровной поверхности)	Можете ли вы без посторонней помощи ходить за пределами квартиры по неровной поверхности (трава, гравий, снег и т.п.)?
13	Прием ванны	Можете ли вы войти в ванну (душевую кабину) и выйти из нее без присмотра, вымыться самостоятельно?
14	Подъем и спуск на 4 ступени	Можете ли вы подняться на 4 ступени и спуститься обратно, не опираясь на перила, но, при необходимости, используя вспомогательные средства?
15	Бег	Можете ли вы пробежать 10 метров не прихрамывая, за 4 секунды (допускается быстрая ходьба)?

Значение индекса соответствует баллу, присвоенному вопросом, на который врач может дать положительный ответ в отношении пациента. Значение индекса мобильности Ривермид может составлять от 0 (невозможность самостоятельного выполнения каких-либо произвольных движений) до 15 (возможность пробежать 10 метров). Например, если максимальный объем двигательной активности для пациента ограничивается возможностью самостоятельно подняться из положения лежа, в положение сидя, присваивается 2 балла; если двигательная активность пациента включает все пункты, включая десятый (ходьба по комнате без применения вспомогательных средств) присваивается 10 баллов.

Приложение №6
к Порядку маршрутизации

Регламент маршрутизации пациентов с острой ишемией конечностей

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

Медицинская помощь пациентам с ОИК оказывается в соответствии с приказом Минздрава России № 918н и может оказываться в следующих условиях: - амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение); - в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); - стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение). - вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации).

Таблица № 22

1. Перечень МО, участвующих в маршрутизации пациентов с ОИК

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зоны ответственности	Профиль помощи *(ССХ при ОИК)*
ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.»	г. Кострома, проспект Мира, 114	Все муниципальные образования области в соответствии с регламентами маршрутизации по отдельным ССЗ Численность населения в зоне обслуживания – 566,3 тыс., в том числе взрослого населения – 462,5 тыс. человек	Экстренная, неотложная, плановая
ОГБУЗ ОБКО№1	г.Кострома ул.Спасокукоцкого, д.29/62	г.Кострома Численность населения в зоне обслуживания 265,7 тыс., в том числе взрослого населения – 215,7 тыс. человек	Экстренная, неотложная
ОГБУЗ «Нерехтская центральная районная больница»	Костромская область, г.Нерехта, ул.Красноармейская, 40	г.Нерехта и Нерехтский муниципальный район Численность населения в	Экстренная, неотложная

		зоне обслуживания 27,9тыс., в том числе взрослого населения –23.4 тыс. человек	
ОГБУЗ «Галичская центральная районная больница»»	Костромская область, г.Галич, ул.Фестивальная, 1	Г. Галич Муниципальные округа: Галичский Антроповский Нейский Солигаличский Парфеньевский Чухломский Численность населения в зоне обслуживания – 53,1 тыс., в том числе взрослого населения – 43,8 тыс. человек.	Экстренная, неотложная
ОГБУЗ «Шарьинская центральная районная больница им.Каверина В.Ф.»	Костромская область, г.Шарья, ул. им.хирурга Крылова В.М.,1	г.Шарья Муниципальные округа: Шарьинский Пыщугский Поназыревский Вохомский Павинский Октябрьский Численность населения в зоне обслуживания – 79,5 тыс., в том числе взрослого населения – 64,8 тыс. человек.	Экстренная, неотложная
ОГБУЗ «Мантуровская центральная районная больница»	Костромская область, г.Мантурово, ул.Комарова, 54	Муниципальные округа: Мантуровский Межевской Кологривский Численность населения в зоне обслуживания – 2 1 , 7 тыс., в том числе взрослого населения – 17,9 тыс. человек.	Экстренная, неотложная
ОГБУЗ «Костромская центральная районная больница»	г. Кострома, Кинешемское шоссе, 82	Костромской муниципальный район Численность населения в зоне обслуживания – 40,5тыс., в том числе взрослого населения – 32,9тыс. человек.	Экстренная, неотложная

ОГБУЗ «Буйская центральная районная больница»	Костромская область,г.Буй ул.9января, д.42	г.Буй. Буйский муниципальный район Численность населения в зоне обслуживания – 28,6 тыс., в том числе взрослого населения – 23,5 тыс. человек	Экстренная, неотложная

Медицинская помощь включает комплекс медицинских мероприятий: проведение диагностических процедур с целью постановки диагноза; проведение лечебных, в том числе хирургических (по показаниям), мероприятий; проведение профилактических мероприятий; проведение реабилитационных мероприятий. Медицинская помощь пациентам с острой ишемией нижних конечностей оказывается в виде: - первичной медико-санитарной помощи;

- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;

- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, в плановой и неотложной форме.

После формулировки диагноза ОИК пациент должен быть немедленно направлен в отделение сосудистой хирургии ОБГУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.», либо в районах Костромской области - в ближайшую медицинскую организацию, имеющую в своей структуре отделение хирургии с палатами реанимации и интенсивной терапии.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь больным с острой ишемией конечностей, требующим срочного медицинского вмешательства, вне медицинской организации оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи. Больной доставляется в максимально короткие сроки в отделение сосудистой хирургии ОБГУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.», имеющую в своей структуре так же отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, отделение анестезиологии-реанимации и оказывающую специализированную медицинскую помощь больным с неотложными и экстренными сердечно- сосудистыми заболеваниями. В районах Костромской области больной , а так же в г.Кострома (в особых случаях- неясная клиническая картина, требующая дифференциальной диагностики, тяжелая коморбидная патология), транспортируется в ближайшую медицинскую организацию, имеющую в своей структуре отделение хирургии с палатами реанимации и интенсивной терапии. . Первая медицинская помощь при ОИК включает надлежащее обезболивание (с применением по показаниям на основании шкал ВАШ (НОШ) препаратов для обезболивания . в том числе наркотических анальгетиков) и внутривенное введение нефракционированного

гепарина натрия (НФГ).

Медицинская помощь в экстренной форме оказывается врачом-специалистом хирургического профиля безотлагательно.

Тактику ведения пациента с ОИК врачи районных , городских больниц должны обсудить с заведующим отделением сосудистой хирургии ОБГУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.», либо сосудистым хирургом, осуществляющим дежурство по Санитарной авиации ежедневно в круглосуточном режиме , по телефонам 55-48-41(Отделение сосудистой хирургии),

55-45-63 (Отделение плановой и экстренной консультативной помощи).

В случае транспортабельности пациента с клинической картиной ОИК производится перевод больного в отделение сосудистой хирургии ОБГУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.» специализированной СМП либо санитарной авиацией в зависимости от тяжести состояния пациента и удаленности районной медицинской организации; транспортировка в положении лежа; при надлежащащем обезболивании и инфузионной терапии; в обязательном порядке осуществляется мониторинг ЭКГ, частоты сердечных сокращений, сатурации, надлежащая антикоагуляция, в том числе в/в инфузия раствора гепарина.

При нетранспортабельном состоянии пациента хирургическое лечение осуществляется врачом дежурным сосудистым хирургом отделения экстренной и плановой консультативной помощи ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» при выезде в медицинскую организацию по месту нахождения больного.

Специализированная медицинская помощь при ОИК осуществляется в отделении сосудистой хирургии ОБГУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.», либо при нетранспортабельности пациента в хирургическом отделении медицинской организации по месту нахождения больного выездной сосудистой бригадой.

У пациентов с ОИК рекомендуется определять показания к хирургическому вмешательству (реваскуляризации или высокой ампутации) на основании степени и этиологии ОИК, индивидуальной оценки операционного риска, перспектив сохранения функциональной и опороспособной конечности, среднеотдаленной выживаемости и технической возможности выполнения вмешательства с учетом принципов информированного согласия.

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

необходимостью проведения неотложной реваскуляризации. Если выбран неинвазивный метод визуализации, важно убедиться, что он не приведет к задержке последующего лечения.

Медикаментозное лечение, применяемое у пациентов с острой ишемией в качестве самостоятельного метода лечения, малоэффективно. Консервативная терапия у пациентов с ОАН может применяться в качестве самостоятельного способа лечения, либо в сочетании с оперативным вмешательством, для предоперационной подготовки и послеоперационного ведения. Как самостоятельный метод лечения лекарственная терапия проводится при наличии абсолютных или относительных противопоказаний к операции при низкой степени ишемии.

Скорость начала необходимого лечения зависит от тяжести ишемии и оценивается по клинической классификации Затевахина И.И. с соавторами . Алгоритм действия последовательно складывается из решения основных задач: 1) установить диагноз – ОИК; 2) определить характер окклюзии – эмболия, острый тромбоз, эмболия на фоне хронической артериальной непроходимости (ХАН); 3) оценить степень ишемического повреждения тканей конечности.

Таблица № 23

Классификация острой ишемии конечностей (Затевахин И.И. с соавторами 2002г.)

Острая ишемия	Степень ишемии	Клинические признаки	УЗДГ у лодыжки Артерия	УЗДГ у лодыжки Вена
Не угрожающая	1	Онемение, парестезии. боль	Кровоток определяется	Кровоток определяется
Угрожающая	2А	Парез	Кровоток определяется	Кровоток определяется
	2Б	Паралич	Кровоток не определяется	Кровоток определяется
	2В	Субфасциальный отек	Кровоток не определяется	Кровоток определяется
Необратимая	3А	Дистальная контрактура	Кровоток не определяется	Кровоток не определяется
	3Б	Тотальная контрактура	Кровоток не определяется	Кровоток не определяется

При 1-й степени ишемии и полной уверенности в диагнозе эмболии, стабильном состоянии пациента, необходимо выполнить экстренную реваскуляризацию. В случае острого тромбоза или неясном диагнозе при стабильном течении ишемии необходимости в экстренной операции нет. Есть возможность для обследования пациента, проведения пробного консервативного лечения и выбора окончательного метода лечения будь то простая эмболэктомия, сложная артериальная реконструкция, интратромбальный тромболизис или эндоваскулярное вмешательство.

При 2 А степени возможно проведение пробной антикоагулянтной или тромболитической терапии при неуверенности в диагнозе эмболия. Есть возможность обследования (УЗДГ, УЗДС, КТ-ангиография или ангиография). В результате этого может быть принято оптимальное решение для каждого конкретного пациента (эмболэктомия, чрескожный катетер-управляемый тромболизис, аспирационная или механическая тромбэктомия с тромболизисом или без, тромбэндартерэктомия, шунтирование и гибридная операция), с обязательной оценкой возможности пациента «перенести» операцию. При сомнении в характере ОИК (эмболия, острый тромбоз, эмболия на фоне облитерирующего атеросклероза) при стабильном течении ишемии имеется некоторый запас времени для уточнения диагностических и тактических позиций. Только в тех случаях, когда ишемия не нарастает, в течении 24 часов, необходимо принять решение о методах и способах реваскуляризации.

Ишемия 2 Б – требует немедленной реваскуляризации. Только при этом конечность, а подчас и жизнь больного может быть спасена. Обследование и подготовка к операции не должна превышать 2–2,5 часа. При не уверенности в диагнозе – эмболия, потеря времени не допустима. Эмболэктомию при ишемии 2 Б следует рассматривать как реанимационное мероприятие. В случаях острого тромбоза или при сомнительных ситуациях (тромбоз, эмболия на фоне ХАН) экстренная операция так же не имеет альтернативы, поскольку следующим этапом (при промедлении) придется выбирать не способ реваскуляризации, а уровень ампутации конечности.

Ишемия 2 В характеризуется развитием субфасциального отека мышц. Фасция в этом случае начинает играть роль «удавки». При ишемии 2 В степени восстановление проходимости артериального русла должно дополняться одномоментной фасциотомией.

Ишемия 3 степени – финальная стадия ишемических повреждений тканей конечности и прежде всего мышц. Ишемия при этом носит необратимый характер. Ишемия 3 А степени - показана экстренная реваскуляризация с последующей отсроченной ампутацией или некрэктомией. Ишемия 3 Б степени диктует выполнение экстренной первичной высокой ампутации конечности.

Хирургическое лечение пациентов с ОИК в экстренном и неотложном порядке выполняется врачом сердечно-сосудистым хирургом как на базе ОБГУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.», так и в региональных медицинских организациях Костромской области, осуществляющих стационарную помощь по профилю «хирургия».

Хирургическое лечение острой ишемии конечностей, обусловленной механическим повреждением магистральных артерий в результате травмы , осуществляется в экстренном порядке дежурным сосудистым хирургом по месту нахождения пострадавшего в травматологических и хирургических стационарах города и области.

После хирургической или эндоваскулярной реваскуляризации по поводу ОИ, вызванной тромбозом и эмболией артерий, пациентам рекомендуется наблюдение хирурга поликлиники по месту жительства , регулярное наблюдение сосудистого хирурга поликлиники ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» 1-2 раза в год с оценкой клинического статуса и функционального состояния конечности, оценкой результатов ультравзуковых методов исследований сосудов

ног, БЦА.

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

Приложение № 7
к Порядку маршрутизации

Регламент маршрутизации пациентов со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий

Настоящий регламент регулирует вопросы организации оказания медицинской помощи пациентам со стенотическим и/или окклюзионным поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий (состояния, соответствующие кодам I65-I66 Международной классификации болезней десятого пересмотра).

Раздел I. Порядок организации медицинской помощи пациентам с патологией прецеребральных артерий в медицинских организациях Костромской области.

1. Выявление стенотического поражения экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий осуществляется в медицинских организациях Костромской области, подведомственных Департаменту здравоохранения Костромской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также на базе стационаров.

2. Специализированная медицинская помощь пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий хирургическими методами по профилям «Сердечно-сосудистая хирургия» и «Нейрохирургия» оказывается в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Костромской области, в ОГБУЗ «КОКБ им. Королева Е.И.»

3. В медицинских организациях Костромской области, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в соответствии с установленными показаниями пациенту проводится скрининговое ультразвуковое обследование брахиоцефальных артерий с целью выявления окклюзионно-стенотического поражения брахиоцефальных артерий.

4. В соответствии с установленными показаниями (Раздел II данного Регламента) пациентам с выявленным по данным скринингового ультразвукового обследования окклюзивно-стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий проводится консультация сердечно-сосудистого хирурга консультативной поликлиники ОГБУЗ КОКБ им. Королева Е.И для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения. (Раздел III данного Регламента). В случае отсутствия показаний для оперативного лечения назначается консервативная терапия, динамическое наблюдение пациента участковым терапевтом, неврологом, повторное проведение ультразвукового дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий с частотой 1-2 раза в год.

5. При выявлении у пациентов, находящихся на стационарном лечении в медицинских организациях Костромской области, показаний для проведения вмешательства на экстракраниальных отделах церебральных артерий, проводится консультация сердечно-сосудистого хирурга ОГБУЗ «КОКБ им.

Королева Е.И.» для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения системе РМИС, по телефону 8 (4942) 55-48-41.

6. Пациентам с острыми ишемическими церебральными событиями (транзиторной ишемической атакой или ишемическим инсультом в бассейне внутренней сонной артерии), находящимся на стационарном лечении в ПСО или РСЦ Костромской области, организуется консультация сердечно-сосудистого хирурга ОГБУЗ КОКБ им. Королева Е.И. по номеру телефона 8(4942) 55-48-41 и системе РМИС. При выявлении показаний к проведению хирургического лечения на брахицефальных артериях пациент переводится в отделение сердечно-сосудистой хирургии ОГБУЗ КОКБ им. Королева Е.И. для оперативного лечения.

7. При выявлении гемодинамически значимого стеноза БЦА пациент ставится на диспансерный учет к врачу-неврологу или терапевту (врачу общей практики) при отсутствии невролога. Данные пациента заносятся в регистр. Ежеквартально данные регистра направляются в областную консультативную поликлинику главному неврологу ДЗКО.

8.Проведение КТ-ангиографии сосудов шеи и головного мозга осуществляется согласно с установленными показаниями, после консультации сосудистого хирурга/ нейрохирурга/невролога ОГБУЗ КОКБ им. Королева Е.И..

9. В Федеральное государственные учреждение здравоохранения направляются пациенты для осуществления высокотехнологической помощи в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации на высокотехнологичные виды медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2014 года «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высохотехнологичной, медицинской помощи»

10. Телемедицинские консультации организуются и выполняются в соответствии с приказом департамента злравоохранения Костромской области от 13.08.2015г №489 «Об утверждении порядка оказания телемедицинских услуг». Ответственное лицо – начальник организационно – методического отдела ОГБУЗ КОКБ имени Королева Е.И., телефон для связи: 8-915-907-84-48, адрес электронной почты: raevskayaau@kob.dzo-kostroma.ru

Раздел II. Показания для проведения скрининга ультразвукового обследования брахиоцефальных артерий

1. Наличие в анамнезе острых ишемических церебральных событий - транзиторная ишемическая атака и/или ишемический инсульт в бассейне внутренней сонной артерии и/или в вертебробазилярном бассейне.

2. Пациент в возрасте старше 50 лет, без наличия в анамнезе острых церебральных событий, но имеющий факторы риска наличия атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий:

- наличие облитерирующего атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей;
- наличие ишемической болезни сердца;
- наличие аневризматического расширения грудного или брюшного

отдела аорты;

- наличие аускультативно выслушиваемого шума над сонными артериями;
- наличие дополнительных факторов риска развития атеросклероза брахиоцефальных артерий:

сахарный диабет,

гиперлипидемия,

отягощенный артериальный анамнез.

3. В рамках второго этапа диспансеризации при наличии комбинации трех факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний у мужчин в возрасте от 45 до 72 лет включительно и женщин в возрасте от 54 до 72 лет включительно:

- повышенный уровень артериального давления;
- гиперхолестеринемия;
- избыточная масса тела или ожирение

4. А) Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни;
- физикальное обследование;
- УЗАС сонных артерий.

Б) Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- коагулограмма (АЧТВ, МНО, Фибриноген, ПВ, ПТИ);
- КТ/МРТ головного мозга при наличии в анамнезе ОНМК;
- КТА/МРА при пролонгированном стенозе, извитости/другой анатомических особенностей экстракраниальных артерии.

Раздел III. Показания для направления пациента на консультацию к врачу сердечно-сосудистому хирургу ОГБУЗ «КОКБ им. Королева Е.И.»

1. Стеноз внутренней сонной артерии >=50% (по европейской методике измерения, ECST) по данным ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий и компьютерно-томографической ангиографии брахиоцефальных артерий, при наличии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт в бассейне внутренней сонной артерии).

2. Стеноз внутренней сонной артерии >= 70% (по европейской методике измерения, ECST) по данным ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий и компьютерно-томографической ангиографии брахиоцеальных артерий, при отсутствии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторной ишемической атаки или ишемического инсульта в бассейне внутренней сонной артерии);

- Окклюзия внутренней сонной артерии, при наличии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт в бассейне внутренней сонной артерии) требует консультации врача-нейрохирурга.
- Наличие сочетанного стеноза внутренней сонной артерии >=50% на

контралатеральной стороне требует консультации врача сердечно-сосудистого хирурга.

3. Стенозы V1 сегмента позвоночных артерий >= 60% при наличии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт в вертебробазилярном бассейне).

4. Патологическая извитость экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий (перепад линейной скорости кровотока > 2 раза на уровне извитости) с наличием в анамнезе острых ишемических церебральных событий на стороне извитости.

5. При отсутствии медицинских показаний к оперативному лечению пациенты возвращаются под наблюдение врачей-специалистов амбулаторно-поликлинического этапа и ведутся с учетом рекомендаций сосудистого хирурга или врача-нейрохирурга.

Раздел IV. Перечень организаций, выполняющих ультразвуковое дуплексное обследование брахиоцефальных артерий на территории Костромской области.

ОГБУЗ «КОКБ им. Королева Е.И.»
ОГБУЗ «Городская больница г. Костромы», стационар,
ОГБУЗ «Городская больница г. Костромы», поликлиника взрослых №1
ОГБУЗ «Городская больница г. Костромы», поликлиника взрослых №2
ОГБУЗ «Городская больница г. Костромы», поликлиника взрослых №4,
ОГБУЗ «Костромской областной госпиталь для ветеранов войн», стационар,
ОГБУЗ «ОБКО №1», стационар,
ОГБУЗ «ОБКО №1», поликлиника взрослых №3,
ОГБУЗ «Костромская центральная районная больница»,
ОГБУЗ «Буйская ЦРБ»,
ОГБУЗ «Мантуровская ЦРБ»,
ОГБУЗ «Шарьинская ЦРБ»,
ОГБУЗ «Галичская ЦРБ»,
ОГБУЗ «Костромской клинический онкологический диспансер»
ОГБУЗ «Нерехтская ЦРБ»

Проведение КТ-ангиографии сосудов головного мозга и шеи осуществляется на базе ОГБУЗ «КОКБ им. Королева Е.И.»

Раздел V. Показания для направления пациента на компьютерно-томографическую ангиографию.

- стеноз внутренней сонной артерии >= 50% (по европейской методике измерения, ECST) по данным ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий при наличии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт в бассейне внутренней сонной артерии);
- стеноз внутренней сонной артерии >= 70% (по европейской

методике измерения, ECST) по данным ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий при отсутствии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторной ишемической атаки или ишемического инсульта в бассейне внутренней сонной артерии);

- стеноз VI сегмента позвоночной артерии >= 60% (по европейской методике измерения, ECST) по данным ультразвукового обследования брахиоцефальных артерий при наличии в анамнезе острых ишемических церебральных событии (транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт в вертебробазилярном бассейне);
- выявленная окклюзия просвета брахиоцефальной артерии по данным ультразвукового исследования;
- наличие пролонгированной бляшки (>3,0 см) в артерии, отсутствие возможности визуализации конца бляшки по данным ультразвукового обследования брахиоцефальных артерий;
- наличие в анамнезе данных о перенесенном внутричерепном кровоизлиянии, в том числе субарахноидальном кровоизлияние, геморрагическом инсульте, травматическом кровоизлияние.

Проведение КТ-ангиографии сосудов шеи и головного мозга осуществляется согласно с установленными показаниями, после консультации сосудистого хирурга/ нейрохирурга/невролога ОГБУЗ КОКБ им. Королева Е.И.

Раздел VI. Показания для проведения хирургического лечения.

- симптомные пациенты со стенозами более 60% (NASCET) [A], если частота периоперационного показателя «инсульт+ летальность от инсульта» составляет в учреждении менее 5% для больных с ТИА и менее 5% для больных, перенесших инсульт. Общая летальность не должна превышать 2%.
- пациентов со стенозом ВСА от 50 до 60% с учетом морфологической нестабильности атеросклеротической бляшки (изъязвление, кровоизлияние в бляшку, флотация интимы, пристеночный тромб) с учетом неврологической симптоматики - ТИА или инсульт в течение последних 6 месяцев.
- начало последнего эпизода ОНМК при малых инсультах (не более 3 баллов по шкале исходов инсультов по модифицированной шкале Рэнкин), через 6—8 недель после инсультов в исходе которых по шкале исходов инсультов по модифицированной шкале Рэнкин имеется более 3 баллов.

Каротидная эндартерэктомия может быть выполнена в течение ближайших дней после ТИА (до 7 дней).

пациенты с асимптомными стенозами от 70 до 99 % (данный стеноз прецеребральной артерии не связан с текущим ишемическим инсультом), если операционный риск составляет менее 3%.

Приложение №8
к Порядку маршрутизации

Регламент маршрутизации пациентов с тромбоэмболией легочной артерии

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

Приоритетным направлением лечения пациентов с ТЭЛА является тромболитическая терапия при высоком риске летального исхода в ближайшие 30 дней от эпизода ТЭЛА.

Госпитализация пациентов с ТЭЛА с этапа скорой медицинской помощи осуществляется в медицинские организации в соответствии с Регламентом маршрутизации пациентов с ОКС и другими острыми и неотложными сердечно-сосудистыми заболеваниями (состояниями) на территории Костромской области.

Бригада СМП, осуществляющая медицинскую эвакуацию пациентов с ТЭЛА, предварительно оповещает принимающую медицинскую организацию об эвакуации такого пациента по телефонам приемных отделений. На догоспитальном этапе с проведением антикоагулянтной терапии и оксигенотерапии только при насыщении крови кислородом < 92 %.

Первичная специализированная помощь оказывается в МО, в структуре которых имеются отделения реанимации и интенсивной терапии согласно ниже приведённому перечню.

Таблица № 24

Медицинские организации, участвующие в оказании медицинской помощи пациента с ТЭЛА, зоны ответственности

№ п/п	Кто направляет: Бригады скорой медицинской помощи медицинских организаций области в зоне обслуживания указанных муниципальных образований	Куда направляет: В медицинские организации области, в которых оказывается специализированная медицинская помощь по профилю «кардиология»
1	г. Кострома Костромской муниципальный район г. Волгореченск Муниципальные округа: Судиславский Островский Красносельский Сусанинский Кадыйский, Макарьевский Численность населения в зоне обслуживания – 418,0 тыс., в том числе взрослого населения – 307,1 тыс. человек	ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.» Кардиологическое отделение №2 с ПРИТ РСЦ Телефон для связи с дежурным врачом кардиологом \ анестезиологом-реаниматологом: (4942) 55-97-51; Телефон ответственного лица (заведующего кардиологическим отделением №2 с ПРИТ РСЦ):

		89109236879
2	г. Нерехта и Нерехтский муниципальный район Численность населения в зоне обслуживания – 27,9 тыс., в том числевзрослого населения – 23,4 тыс. человек	ОГБУЗ «Нерехтская центральная районная больница» Кардиологические койки, отделение анестезиологии и реанимации
3	г. Буй Буйский муниципальный округ Численность населения в зоне обслуживания – 28,6 тыс., в том числе взрослого населения – 23,5тыс. человек	ОГБУЗ «Буйская центральная районная больница» Кардиологическое отделение, отделение анестезиологии и реанимации
4	г. Шарья Шарьинский район Поназыревский районПыщугский район Павинский район Вохомский район Октябрьский район г. Мантурово Мантуровский район Кологривский районМежевской район Численность населения в зоне обслуживания – 79,5 тыс., в том числе взрослого населения – 64,8 тыс. человек.	ОГБУЗ «Шарьинская центральная районная больница им. Каверина В.Ф.» Кардиологическое отделение, отделение анестезиологии и реанимации Телефон для связи с дежурным врачом кардиологом, анестезиологом - реаниматологом \ кардиологом: (49449)5-36-86 Телефон ответственного лица (заведующего кардиологическим отделением ПСЦ): 8(915)823-21-29)
5	г. Галич, Муниципальные округа: Галичский, Солигаличский Чухломской Антроповский Парфеньевский, Нейский Численность населения в зоне обслуживания – 53,1 тыс., в том числе взрослого населения – 43,8 тыс. человек.	ОГБУЗ «Галичская центральная районная больница» Кардиологическое отделение ПСЦ, отделение анестезиологии и реанимации Телефон для связи с дежурным врачом кардиологом- анестезиологом-реаниматологом кардиологом: (49437)7-14-05 Телефон ответственного лица (заведующего кардиологическим отделением ПСЦ): 89103764796

Перечень лечебно-диагностических мероприятий на первом этапе оказания медицинской помощи пациентам с ТЭЛА в стационаре:

- оценка вероянтности ТЭЛА по шкале Geneva;
- рентгенография ОГК

- ЭКГ
- оценка уровня D-димера
- ультразвуковое исследование вен нижних конечностей (при возможности)
- антикоагулянты;
- респираторная поддержка;
- поддержка центральной гемодинамики;
- консультация с дежурным врачом ПРИТ кардиологического отделения № 2 РСЦ / заведующим кардиологического отделения с ПРИТ № 2 РСЦ для решения вопроса о дальнейшей маршрутизации в учреждение 2-3 уровня, либо проведения тромболитической терапии на месте.

На втором уровне оказания стационарной помощи производится верификация диагноза, с связи с чем должны быть выполнены следующие диагностические мероприятия:

- ЭХОКГ с целью оценки функции правого желудочка;
- ультразвуковое сканирование вен нижних конечностей;
- МСКТ-ангиопульмонография;
- определение маркёров повреждения миокарда.

На основании полученных данных производится стратификация риска летального исхода в 30-дневный срок согласно таблице. При высоком риске летального исхода показано проведение тромболитической терапии.

В следующих ситуациях показан перевод на 3 уровень оказания помощи:

- тромболитическая терапия без существенного эффекта с сохранением высокого или промежуточно-высокого риска летального исхода;
- Невозможность проведения тромболитической терапии, при наличии показаний для неё, по тем, или иным обстоятельствам;
- рецидивирующая ТЭЛА;
- невозможность проведения антикоагулянтной терапии;
- наличие признаков хронической тромбоэмболической легочной гипертензии

В случае обращения пациента (самотеком) с ТЭЛА в приемное отделение медицинской организации, не включенной в систему оказания медицинской помощи при ТЭЛА, а также при развитии ТЭЛА в период нахождения пациента в данных медицинских организациях, после оказания необходимого объема неотложной медицинской помощи, организуется перевод пациента в медицинскую организацию, включенную в систему оказания медицинской помощи при ТЭЛА с предварительной оценкой транспортабельности пациента консилиумом.

При возникновении ТЭЛА, как осложнения лечения хирургических и соматических заболеваний принятие решения о лечении пациента по месту его нахождения либо переводе согласно маршрутизации осуществляется после консультации со специалистами ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.», в том числе с применением телекоммуникационных технологий.

При выявлении ТЭЛА во время госпитализации в медицинской организации возможно лечение пациента в отделении анестезиологии-реанимации по месту выявления с согласованием тактики ведения по

результатам консультации кардиолога (в случаях, если транспортировка может привести к ухудшению состояния пациента, транспортабельность определяется консилиумом), в том числе с использованием телемедицинской консультации в РМИС.

При возникновении ТЭЛА во время беременности и родов показан перевод в ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» (после согласования).

Вопрос перевода пациента при тяжелом течении ТЭЛА в медицинскую организацию, включенную в систему оказания медицинской помощи при ТЭЛА, в соответствии с маршрутизацией согласовывается в индивидуальном порядке в зависимости от тяжести состояния пациента.

Стационарное лечение пациентов с ТЭЛА в остром периоде заболевания проводится в отделении реанимации и интенсивной терапии или блоке интенсивной терапии.

Таблица 25

Риск-стратификация пациентов с ТЭЛА

Риск ранней смерти		Параметры и баллы			
		Шок или персистирующая	Класс III - IV по PESI или sPESI >=1	Признаки дисфун-кции ПЖ	Биомаркеры Тропонин Т или I
Высокий		+	(+)	+	(+)
Промежуточный -	высокий	-	+	Оба положительны	
	низкий	-	+	Положительный только один, или оба негативны	
Низкий		-	-	Оценка необязательна (оба отрицательны)	

После стабилизации состояния пациента с ТЭЛА продолжается лечение в палатах кардиологического отделения (кардиологических койках).

Лица, перенесшие ТЭЛА, на 12 месяцев поступают под диспансерное наблюдение врача-кардиолога поликлиники (врача-терапевта участкового, при его отсутствии - врача общей практики).

В период временной нетрудоспособности пациент наблюдается врачом-кардиологом или терапевтом не реже одного раза в 14 дней (в зависимости от тяжести заболевания). На каждом визите регистрируется ЭКГ, в случае приема варфарина рекомендуется выполнить анализ крови на МНО, который после достижения целевого уровня (МНО 2 - 3) рекомендуется выполнять 1 раз в месяц. Цветное дупплексное картирование вен нижних конечностей (при исходно выявленном тромбозе глубоких вен) и ЭхоКГ проводится перед выходом на работу с оценкой степени легочной гипертензии.

Пациенты, перенесшие эпизод ТЭЛА, с сохраняющейся через 3 месяца одышкой и при наличии дефектов перфузии по данным вентиляционно-перфузионной сцинтиграфии лёгких, с учётом данных о давлении в лёгочной артерии, результатов ЭХО-КГ, уровня натрийуретического пептида в обязательном порядке должны быть направлены в кардиодиспансер ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» для решения вопроса о направлении в ФЦ для выполнения тромбэндартерэктомии из легочной артерии или консервативного

лечения и включения в областной регистр «Легочной гипертензии».

После окончания периода временной нетрудоспособности в срок до 12 месяцев после перенесенной ТЭЛА пациент наблюдается один раз в месяц. Объем проводимых обследований: анализ крови на МНО при приеме варфарина, в остальном - индивидуально по показаниям.

Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия пациентов с ТЭЛА в зависимости от значения показателя ШРМ при выписке с указанием МО, оказывающих специализированную помощь в рамках реабилитации, и нормативных сроков ее проведения.

Приложение № 9
к Порядку маршрутизации

Регламент маршрутизации пациентов с врожденными и приобретенными пороками клапанов сердца

Настоящий регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи пациентам с врожденными и приобретенными пороками клапанов сердца (далее – ВиППКС). Организация оказания медицинской помощи пациентам с ВиППКС осуществляется в рамках реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на основе соответствующих КР. Для целей настоящего регламента маршрутизации к ВиППКС относятся состояния, соответствующие кодам Q22.1-Q22.5, Q23.0-Q23/3, I05-I08, I33.0, I33.9, I34-I38 Международной классификации болезней десятого пересмотра.

Пациенты с ВиППКС для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи направляются в федеральные медицинские организации в связи с отсутствием возможности проведения оперативного лечения в медицинских организациях Костромской области.

Схема взаимодействия МО в рамках лечения пациентов с ВиППКС:

Переводы из кардиологических отделений, терапевтических отделений 1-го, 2- го уровней при наличии показаний по результатам ТМК в кардиологическое отделение № 2 с ПРИТ РСЦ ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.».

ЭХОКГ проводится в МО 1,2 уровня, при отсутствии возможности — пациент направляется на исследование в ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» в рамках выделенных квот по ОМС.

Алгоритм консультации специалистов по результатам исследования с возможностью выполнения повторного ЭХОКГ экспертного класса и других методов исследования: при выявлении в МО 1 и 2 уровня ВиППКС: — ТМК с кардиологом кардиодиспансера ОГБУЗ КОКБ имени Королева Е.И., организация выполнения ЭХОКГ экспертного класса в отеделении функциональной и ультразвуковой диагностики ОГБУЗ КОКБ имени Королева Е.И.

Направление пациентов с ВиППКС при наличии показаний на консультацию кардиохирурга / оперативное лечении осуществляется в соответствии с разделом IV «Порядок направления пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» в Федеральные центры и другие медицинские организации за пределы Костромской области» Регламента маршрутизации пациентов с хронической сердечной недостаточностью и другими хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями (состояниями) в Костромской области.

Показания к хирургическому лечению пациентов

с аортальным стенозом (АС).

Показания к хирургическому лечению у пациентов с АС	
Симптомный тяжелый АС: 1. С высоким градиентом (≥ 40 мм.рт.ст. или V max ≥4 м/с). 2.С низким потоком/градиентом (< 40мм.рт.ст.), сниженной ФВ ЛЖ и признаками, исключающими псевдотяжелый стеноз	Бессимптомный тяжелый АС: 1.С систолической дисфункцией (ФВ ЛЖ < 50%), не связанной с другими причинами 2. При появлении симптомов, связанных с АС, при выполнении стресс–теста.
А также тяжелый АС при проведении коронарного шунтирования, хирургии восходящей аорты или других клапанов.	
Хирургическое лечение целесообразно:	
У симптомных пациентов с АС: и низким потоком/градиентом (≤40 мм ртст) и нормальной ФВ при подтверждении АС. и низким потоком/градиентом (≤40 мм ртст)и сниженной ФВ без резерва кровотока.	У бессимптомных пациентов : -с тяжелым АС и аномальным стресс-тестом со снижением АД. - тяжелым АС и нормальной ФВ ЛЖ, отсутствием симптомов и снижением АД при стресс-тест, низким хирургическим риском и одним из следующих признаков: – очень тяжелый АС, – тяжелая кальцификация клапана и скорость прогрессирования V max ≥5,5 м/с в год, – повышением BNP более 3 раз, систолическое давление в ЛА >60 мм.рт.ст.
А также у пациентов с умеренным АС при проведении коронарного шунтирования, хирургии восходящей аорты или других клапанов.	

Аортальная недостаточность

Показания определяются в зависимости от тяжести аортальной регургитации (Легкая, умеренная или тяжелая по показателям объема регургитации (мл), фракция регургитации,(%).

Динамическое наблюдение пациентов с аортальной недостаточностью	
1. Пациенты с впервые установленным диагнозом АН 2. При существенной динамике в размерах ЛЖ и/или ФВ по данным ЭХО-КГ 3. При приближении к пороговым значениям показаний к операции	Обследование с интервалом в 3-6 месяцев
Бессимптомные пациенты с выраженной АН и нормальной функцией ЛЖ	Обследование не реже 1 раз в год
Пациенты с минимальной и умеренной АН	Осмотр ежегодно ЭХО-КГ 1 раз в 2 года

Показания для хирургического лечения у пациентов с аортальной регургитацией .:

I. Хирургическое лечение показано:
1. Симптомным пациентам с тяжелой аортальной регургитацией.
2. Бессимптомным пациентам с тяжелой аортальной регургитацией и ФВЛЖ ≤50%.
3. Пациентам с тяжелой аортальной регургитацией при проведении коронарного шунтирования, хирургии восходящей аорты и других клапанов.
4. Молодым пациентам с дилатацией корня аорты и трехстворчатым аортальным клапаном независимо от тяжести регургитации, если операция выполняется опытным хирургом.
5. Пациентам с синдромом Марфана с расширением восходящей аорты ≥50% мм,

независимо от тяжести регургитации.
II. Хирургическое лечение целесообразно:
1. У бессимптомных пациентов с тяжелой аортальной регургитацией, ФВЛЖ >50% и выраженной дилатацией ЛЖ (КДР ЛЖ >70 мм, КСР ЛЖ >50 мм).
2. При болезни аорты с диаметром восходящего отдела ≥45 мм при синдроме Марфана и дополнительными факторами риск, ≥50 мм при двустворчатом клапане с дополнительными факторами и коортацией, ≥55 мм у других пациентов.
3. При размере восходящей аорта ≥ 45 мм, особенно при двустворчатом Ак

IV.МИТРАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ

Показания для хирургического лечения у пациентов с митральным стенозом

Хирургическое лечение показано:

А. Чрескожная митральная комиссуротомия показана симптомным пациентам со:

1) значительным митральным стенозом (≤1,5 см2) и отсутствием признаков неблагоприятного прогноза после комиссуротомии (клинические признаки: старческий возраст, анамнез комиссуротомии, NYHA IV, перисистирующая фибрилляция предсердий, тяжелая легочная гипертензия; анатомические признаки: эхо-графическая шкала >Cormier 3, очень малая площадь митрального клапана, тяжелая трикуспидальная регургитация).

2) со значительным митральным стенозом с противопоказаниями к хирургии или высоким хирургическим риском.

Б. Хирургия митрального клапана показана симптомным пациентам со значительным митральным стенозом, не подходящим для чрескожной комиссуротомии.

Хирургическое лечение целесообразно:

Чрескожная митральная комиссуротомия может использоваться у асимптомных пациентов со:

1) значительным митральным стенозом и субоптимальной анатомией, но без клинических признаков неблагоприятного прогноза после комиссуротомии

2) значительным митральным стенозом и отсутствием признаков неблагоприятного прогноза после комиссуротомии в сочетании с высоким риском тромбоэмболий (анамнез эмболий, плотный спонтанный эхоконтраскт в левом предсердии, новая или пароксизмальная фибрилляция предсердий) и/или высоким риском декомпенсации (систолическое давлениев легочной артерии > 50 мм.рт.ст, необходимость большой несердечной хирургии, планируемая беременность).

МИТРАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Показания для хирургического лечения у пациентов с митральной регургитацией

Хирургическое лечение показано:	
При симптомной тяжелой первичной митральная регургитация с ФВЛЖ>30%	При бессимптомной тяжелой первичной митральной регургитации с ФВЛЖ≤ 60% и/или

	конечнымсистолическим размеров ЛЖ ≥45 мм
При хронической тяжелой вторичной митральной регургитации при проведении коронарного шунтирования и ФВЛЖ >30%.	
Хирургическое лечение целесообразно:	
При симптомной тяжелой первичной митральной регургитации с ФВЛЖ < 30% и/или КСР ЛЖ < 55мм, рефрактернаой к медикаментам, с высокой вероятностью успешной корреции и низкой коморбидностью	При бессимптомной тяжелой первичной митральной регургитации с ФВЛЖ≤ 60% и/или КСР ЛЖ ЛЖ 50 мм.рт.ст.)
При симптомной хронической вторичной регургитации с ФВЛЖ	При бессимптомной тяжелой первичной митральной регургитацией с ФВЛЖ≤ 60% и/или КСР ЛЖ 40-44 мм, если возможна стойкая коррекция, низкий хирургический риск, при наличии подвижных створок ил ЛП ≥ 60 млмин/м2 при синусовом ритме

ТРИКУСПИДАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ

Показания для хирургического лечения у пациентов со стенозом трикуспидального клапана:

Хирургическое лечение показано:
Симптомным пациентам с тяжелым стенозом трикуспидального клапана.
Пациентам с тяжелым стенозом трикуспидального клапана, которым выполняется хирургическое лечение клапанов левых камер сердца.

ТРИКУСПИДАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Показания для хирургического лечения у пациентов с первичной трикуспидальной недостаточностью:

Хирургическое лечение показано:
Пациентам с тяжелой первичной трикуспидальной недостаточностью,которым выполняются операции клапанов левых камер сердца
Симптомным пациентам с тяжелой первичной трикуспидальной изолированной недостаточностью без выраженной дисфункции ПЖ
Хирургическое лечение целесообразно:
Пациентам с умеренной первичной ТН, которым выполняются операции на клапанах левых камер сердца
Асимптомным пациентам или пациентам с умеренной симптоматикой с тяжелой изолированной первичной ТН и прогрессирующей дилатацией или дисфункцией ПЖ

Направление на реабилитационные мероприятия пациентов с ВиППКС после выполненного хирургическоголечения осуществляется в соответствии с разделом 3.7. Общей части Порядка маршрутизации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Костромской области.

Медицинская реабилитация осуществляется в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.20 № 788н (далее - «Приказ 788н»), медицинскими организациями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность с указанием работ (услуг) по медицинской реабилитации, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи по профилям «кардиология» и «сердечно-сосудистая хирургия».

Для определения индивидуальной маршрутизации пациента при реализации мероприятий по медицинской реабилитации применяется шкала

реабилитационной маршрутизации (далее - ШРМ) и критерии, определяющие максимальную тяжесть/зависимость от посторонней помощи. Критерии определяются лечащим врачом на текущий момент заболевания (соответствует рекомендациям кардиолога по ограничению физической активности в соответствии со сроками заболевания).

Отбор пациентов на медицинскую реабилитацию осуществляется врачебной комиссией с последующим оформлением решения в медицинской карте амбулаторного/стационарного пациента. В случаях отказа пациента от прохождения медицинской реабилитации отказ оформляется в медицинской карте амбулаторного/стационарного пациента.

Диспансерное наблюдение пациентов с врожденными и приобретенными пороками сердца осуществляется врачом кардиологом, при его отсутствии в МО – врачом терапевтом участковым (ВОП) в соответствии с разделами I, III Регламента маршрутизации пациентов с хронической сердечной недостаточностью и другими хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями (состояниями) в Костромской области.

Приложение № 10
к Порядку маршрутизации

Регламент маршрутизации пациентов на антикоагулянтной терапии

Настоящий регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в контроле проводимой терапии антикоагулянтами на амбулаторном этапе.

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

Пациенты кардиологического профиля, нуждающиеся в контроле проводимой терапии антикоагулянтами:

- получающие варфарин;
- прямые оральные антикоагулянты, имеющие осложнения или повторные сосудистые события;
- комбинированную антитромботическую терапию;
- пациенты с неопределенными причинами тромбоэмболических осложнений, требующие верификации причин сосудистых событий, наблюдаются врачом кардиологом, при отсутствии в МО данного специалиста – врачом терапевтом участковым, врачом общей практики, фельдшером амбулаторного звена с организацией консультаций врача кардиолога (очно или с использованием телемедицинских технологий, в РМИС) в соответствии с зонами ответственности (таблица 1 общей части Порядка маршрутизации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Костромской области), с привлечением по показаниям для консультации специалистов другого профиля (мультидисциплинарной команды врачей).

Приложение № 11
к Порядку маршрутизации

Регламент маршрутизации пациентов с нарушениями липидного обмена

Настоящий регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи пациентам с нарушением липидного обмена. Для целей настоящего регламента к нарушениям липидного обмена относятся состояния, соответствующие кодам Е78.0-Е78.6, Е78.8-Е78.9 международной классификации болезней десятого пересмотра.

Пациенты кардиологического профиля с нарушениями липидного обмена наблюдаются врачом кардиологом, при отсутствии в МО данного специалиста – врачом терапевтом участковым, врачом общей практики, фельдшером амбулаторного звена с организацией консультаций врача кардиолога (очно или с использованием телемедицинских технологий, в РМИС) в соответствии с зонами ответственности (таблица 1 общей части Порядка маршрутизации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Костромской области).

На первичную консультацию к врачу кардиологу кардиодиспансера ОГБУЗ КОКБ имени Королева Е.И. направляются пациенты с отклонениями показателей венозной крови:

- общий холестерин (далее - ОХ) выше 10 ммоль/л и/или холестерин липопротеинов низкой плотности (далее – ХС ЛНП) выше 7,5 ммоль/л и/или триглицериды (далее – ТГ) выше 10 ммоль/л;
- ОХ выше 8 ммоль/л и/или ХС ЛНП выше 5 ммоль/л и/или ТГ выше 5 ммоль/л при наличии семейного анамнеза АССЗ или атеротромботических осложнений;
- пациенты с индивидуальным анамнезом АССЗ в молодом возрасте (до 40 лет);
- недостижение целевых значений липидного профиля при очень высоком ССР на фоне адекватной терапии в максимально переносимых дозах не менее 3 месяцев.

Для врачей кардиологов должно быть предусмотрено повышение квалификации по проблемам липидного обмена.

Пациентам с нарушениями липидного обмена в МО, к которой они прикреплены для оказания первичной медико-санитарной помощи, по результатам заключения врача кардиолога должно быть организовано направление для выполнения дуплексного сканирования сонных и/или бедренных артерий, по показаниям – генетического тестирования, в том числе направление в федеральные медицинские организации

Реализация программы по получению льготных лекарственных препаратов с учетом действующей системы льгот осуществляется на базе кардиодиспансера ОГБУЗ «КОКБ имени Королева Е.И.» на основании консультаций специалистов Федеральных центров, в том числе ТМК, проведения ВК, заключения, направляемого в лекарственный отдел департамента здравоохранения Костромской области.

Обеспечение лекарственными препаратами проводится также в рамках оказания медицинской помощи в круглосуточном и дневном стационаре МО области по соответствующим КСГ.

Приложение № 12
к Порядку маршрутизации

Регламент проведения телемедицинских консультаций пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Вопросы проведения телемедицинских консультаций (далее – ТМК) пациентам с ССЗ в Костромской области регламентируются Приказом Минздрава России от №193н, Приказом департамента здравоохранения Костромской области от 01.03.2022 г. №189 «О внедрении централизованной системы (подсистемы) «Телемедицинские консультации» Костромской области и Приказом департамента здравоохранения Костромской области от 19.12.2023 г. №1466 «О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения Костромской области от 01.03.2022 г. №189», а также локальными нормативными актами учреждений 1, 2 и 3 уровней, осуществляющих телемедицинские консультации.

Для осуществления телемедицинских консультаций между медицинскими организациями Костромской области используется региональная медицинская информационная система «Витакор». Для проведения консультаций при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в режиме реального времени - платформа TrueConf.

ПОРЯДОК
проведения телемедицинских консультаций в медицинских организациях Костромской области

1. Общие положения

1.1 Настоящий Порядок регулирует взаимодействие областных медицинских организаций по вопросам проведения телемедицинских консультаций (далее - ТМК) и включает:

порядок проведения ТМК при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой (в режиме врач-врач), в том числе по результатам обследования пациента после очного первичного приёма специалиста;

1.2. Медицинская помощь с применением ТМК оказывается с учетом порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи и учитывается как 1 посещение в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи.

1.3. Медицинскими организациями-консультантами являются областные медицинские организации 2-3 уровня (далее медицинская организация).

1.4. Медицинская организация - оказывает медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий по видам работ (услуг), указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности и в соответствии с приказами департамента здравоохранения Костромской области(от 01.03.2022 г. №189 «О внедрении централизованной системы (подсистемы) «Телемедицинские консультации» Костромской области и от 19.12.2023 г.

№1466 «О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения Костромской области от 01.03.2022 г. №189»).

1.5. Консультации (консилиумы врачей) при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий проводятся в режиме реального времени через платформу TrueConf и (или) в виде отложенных консультаций.

1.6. ТМК оказывается при условии обязательного соблюдения требований, установленных законодательством Российской Федерации, в области защиты персональных данных и соблюдения врачебной тайны.

1.7. По результатам проведения ТМК врач-консультант оформляет медицинское заключение протокол телемедицинской консультации в РМИС «Витакор».

2. Порядок проведения ТМК при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой (в режиме врач-врач)

2.1. Телемедицинские технологии применяются при организации и оказании медицинской помощи с привлечением специалистов медицинских организаций 2 и 3 уровней в следующих случаях:

- при необходимости установления окончательного диагноза, в том числе и в связи с нетипичностью течения заболевания;
- определения дополнительного объема лабораторно-инструментальных методов исследования для проведения дифференциальной диагностики в диагностически сложных случаях;
- при высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличии сопутствующих заболеваний;
- для оказания высокотехнологичной медицинской помощи; определения целесообразности перевода в специализированную медицинскую организацию для проведения специализированного хирургического лечения с использованием специальных методов хирургического вмешательства и сложных медицинских технологий.

Целью проведения ТМК при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой является получение: заключения медицинского работника сторонней медицинской организации, привлекаемого для проведения консультации и (или) участия в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий (далее – врач-консультант, врачи - участники консилиума) по вопросам оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности перевода в специализированное отделение медицинской организации либо медицинской эвакуации; протокола консилиума врачей по вопросам оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности перевода в специализированное отделение медицинской организации либо медицинской эвакуации.

2.2. Лечащий врач при необходимости проведения ТМК заполняет заявку в РМИС, содержащую подробную выписку из медицинской документации, результаты обследования согласно рекомендованному минимуму обследования пациента для проведения ТМК по отдельным профилям и медицинских

документов (в формате jpeg, dicom, tif) с указанием приоритетности выполнения заявки: «экстренная» (срок исполнения 2 часа), «неотложная» (срок исполнения 24 часа), «плановая» (срок исполнения 5 рабочих дней) с извещением ответственного за обработку заявки сотрудника консультирующей организации по телефону.

При оказании консультативной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в зависимости от срочности запроса могут проводиться следующие виды телемедицинских консультаций и консилиумов:

• экстренные телемедицинские консультации (выполняются в течение 2 часов с момента поступления заявки) при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

• неотложные телемедицинские консультации (выполняются в течение 24 часов с момента поступления заявки) при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни больного;

- отсроченные (плановые) телемедицинские консультации (выполняются в сроки, согласованные с консультантом, возможно, в режиме отложенных консультаций с дистанционным изучением медицинских документов пациента, но не позднее 5 рабочих дней) при заболевании и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью

Проведение консультаций при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в режиме реального времени предусматривает консультацию (консилиум врачей), при которой лечащий врач непосредственно взаимодействует с консультантом (врачами-участниками консилиума) в присутствии либо отсутствии пациента (или его законного представителя) с использованием единой региональной платформы корпоративных коммуникаций «TrueConf» в рамках защищенной сети передачи данных.

2.3. Врач-консультант по результатам рассмотрения заявки имеет право: назначать дату проведения ТМК; назначать дату очной консультации без проведения ТМК; назначать дату госпитализации без проведения ТМК; направлять заявку на доработку для повторной подачи с указанием замечаний для исправления в случаях:

отсутствия результатов обследования в соответствии с рекомендованным минимумом обследования для проведения ТМК; непредоставления (предоставления неполных и/или неверных) сведений о пациенте, предусмотренных формой заявки на проведение ТМК, определенной настоящим Порядком;

2.4. По результатам проведения консультации (консилиума врачей) врач-консультант (врачи - участники консилиума) оформляет медицинское заключение (протокол консилиума врачей) в РМИС «Витакор».

2.5. В случае проведения консилиума врачей протокол консилиума врачей подписывается всеми участниками консилиума.

2.6. Протокол распечатывается из РМИС и вклеивается в медицинскую карту амбулаторного или стационарного пациента лечащим врачом (врачом-специалистом) медицинской организации 1-2 уровня, ответственным за организацию ТМК.

2.7. Проведение плановых ТМК по результатам обследования пациента после очного первичного приёма специалиста.

2.7.1. После первичного приёма пациента и проведенного дополнительного обследования в зависимости от клинической ситуации врач-консультант медицинской организации II-III уровня, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь, при необходимости проводит повторную консультацию в виде ТМК в сроки, не превышающие сроки ожидания медицинской помощи, установленные Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

2.7.2. Целью проведения ТМК является оценка состояния здоровья пациента, постановка или уточнение диагноза по результатам обследования после первичного приема, выдача рекомендаций по лечению и динамичному наблюдению за состоянием пациента.

2.7.3. В назначенное для ТМК время по результатам проведенных обследований врач-консультант, в отсутствие пациента проводит анализ полученных результатов, оформляет медицинское заключение, обеспечивает дистанционный доступ лечащего врача (врача-специалиста) направившей медицинской организации к соответствующим данным (результатам обследований и медицинскому заключению), в том числе путем размещения на информационном ресурсе, посредством которого осуществляется консультация.