

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ - АЛАНИЯ

ПРИКАЗ

 2023 г.

№ Р46 о/д

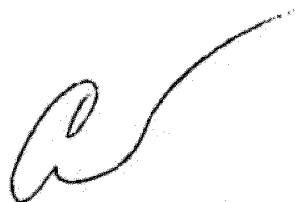
г. Владикавказ

**Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи
пациентам с сердечно - сосудистыми заболеваниями на территории
Республики Северная Осетия – Алания**

В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», с целью обеспечения качественной и доступной медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями **п р и к а з ы в а ю**:

1. Утвердить прилагаемый Порядок оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Республики Северная Осетия – Алания.
2. Руководителям медицинских организаций Республики Северная Осетия – Алания принять к исполнению настоящий Порядок оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Республики Северная Осетия – Алания.
3. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Северная Осетия – Алания от 14.01.2022 г. № 19о/д «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме пациентам и с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Республики Северная Осетия-Алания».
4. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Министр



С.А. Тебиев

Администрация Главы РСО-Алания и
Правительства РСО-Алания
ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

3 марта 2023

№ 0061-23-1

УТВЕРЖДЕН
приказом Министерства здравоохранения

МЗ РСО-Алания
от 24.02.2025 № 1460/9

Порядок оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Республики Северная Осетия – Алания

1. Настоящий Порядок устанавливает правила оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями (далее - ССЗ) на территории РСО-Алания.

2. Медицинская помощь пациентам с ССЗ оказывается в соответствии с приказом Минздрава России от 15.11.2012 N 918н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями»

3. Медицинская помощь пациентам с ССЗ оказывается в виде: первичной медико-санитарной помощи; скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

4. Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях: амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); 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).

5. Медицинская помощь пациентам с ССЗ может быть оказана:

5.1. в экстренном порядке при внезапных острых заболеваниях (состояниях) и обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

5.2. в неотложном порядке при внезапных острых заболеваниях (состояниях), обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

5.3. в плановом порядке при хронических заболеваниях.

6. Медицинская помощь пациентам с ССЗ оказывается в медицинских учреждениях имеющих соответствующую лицензию.

7. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь пациентам с ССЗ в стационарных условиях оказывается в медицинских организациях, имеющих в своем составе профильные койки и койки реанимации и интенсивной терапии.

8. Специализированная кардиологическая, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в стационарных условиях оказывается при следующих сердечно-сосудистых заболеваниях и синдромах:

а) инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия;

б) осложненные формы гипертонического криза;

в) хроническая форма ишемической болезни сердца, сопровождающаяся нестабильной гемодинамикой и(или) прогрессированием коронарной и(или) сердечной и (или) церебральной сосудистой недостаточности;

г) жизнеугрожающие и дестабилизирующие гемодинамику нарушения ритма и проводимости сердца;

д) другие заболевания сердечно-сосудистой системы, сопровождающаяся нестабильной гемодинамикой.

9. Больные с неосложненными формами гипертонического криза, хронической формой ишемической болезни сердца, не сопровождающейся нестабильной гемодинамикой и(или) прогрессированием коронарной и(или) сердечной и (или) церебральной сосудистой недостаточности, с не жизнеугрожающими и не дестабилизирующими гемодинамику нарушениями ритма и проводимости сердца, хронической сердечной недостаточностью не выше 2а стадии могут быть госпитализированы в терапевтические отделения.

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

11. При определении показаний к госпитализации, перед началом транспортировки пациента в стационар, медицинский работник скорой медицинской помощи посредством любого доступного вида связи информирует дежурного врача стационара о транспортируемом пациенте.

12. При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация больного, которая включает в себя санитарно-авиационную и санитарную эвакуацию.

13. При отказе в госпитализации в профильный стационар, уполномоченные специалисты профильного стационара, отказавшие в госпитализации, оформляют мотивированный отказ в госпитализации, который прикладывается к карте вызова скорой медицинской помощи, а при самостоятельном обращении пациента в стационар выдается на руки пациенту и направляется в территориальную медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь.

14. После завершения оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях больному на руки выдается выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного с результатами проведенного обследования и лечения, рекомендациями по дальнейшей тактике наблюдения, обследования и лечения.

15. Профильный стационар через Медицинскую информационную систему (далее МИС) доводит до учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, информацию о пациенте, выписанном из стационара в течение 24 часов с момента выписки

16. Профильный Стационар в течение 24 часов с момента выписки вносит Информацию о пациенте, перенесшем острый коронарный синдром (далее – ОКС) в регистр ОКС.

17. После оказания высокотехнологичной медицинской помощи продолжение лечения может осуществляется в рамках оказания специализированной медицинской помощи, включая внутригоспитальную реабилитацию и коррекцию факторов сердечно-сосудистого риска.

18. Пациенты с ССЗ, получившие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, могут направляться для

медицинской реабилитации в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации согласно утвержденной маршрутизации.

19. Медицинская помощь пациентам с ССЗ может быть оказана с применением телемедицинских технологий путем организации и проведения консультаций и (или) участия в консилиуме врачей в соответствии с Порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии частью 1 статьи 362 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.

20. Медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь пациентам с ССЗ осуществляется представление сведений по видам, формам и в сроки, которые установлены органами исполнительной власти, сбор и представление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения, в том числе для вертикально интегрированной медицинской информационной системы.

21. Медицинская помощь пациентам с ОКС осуществляется в соответствии в приложением 1 к порядку .

22. Медицинская помощь пациентам с ОНМК осуществляется в соответствии с приложением 2.

23. Медицинская помощь пациентам с острыми и неотложными сердечно-сосудистыми состояниями (за исключением ОКС) осуществляется в соответствии с приложением 3.

24. Медицинская помощь пациентам с хроническим формами сердечно-сосудистых заболеваний осуществляется в соответствии с приложением 4.

25. Взаимодействие с федеральными НМИЦ для проведения телемедицинских консультаций осуществляется в соответствии с приложением 5.

26. Медицинская реабилитация пациентов с ССЗ осуществляется в соответствии с приложением 6.

РЕГЛАМЕНТ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

1. Медицинская помощь пациентам с ОКС осуществляется в соответствии Клиническими рекомендациями «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» и «Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы», одобренными Научно-практическим Советом Минздрава РФ в 2020 году с учетом соответствующих стандартов оказания медицинской помощи.

2. При подозрении на ОКС (критерии диагностики различных форм ОКС представлены в приложении 1 к настоящему Регламенту), на месте первого контакта с медицинским работником (как правило, работником скорой медицинской помощи) в течение 10 мин необходимо зарегистрировать и интерпретировать ЭКГ в покое как в минимум в 12 стандартных отведениях

3. При невозможности квалифицированно интерпретировать ЭКГ на месте регистрации ЭКГ необходимо передать для дистанционной расшифровки в РСЦ посредством системы дистанционной передачи ЭКГ и получить официальное заключение с указанием ФИО и должности специалиста РСЦ, интерпретировавшего ЭКГ. (контактные данные представлены в приложении 3 к настоящему регламенту)

4. Если изменения на ЭКГ в 12 стандартных отведениях неинформативны (нет смещений сегмента ST, достаточных для постановки диагноза), а по клиническим данным предполагается наличие ишемии миокарда, рекомендуется зарегистрировать ЭКГ в дополнительных отведениях, таких как V7–V9 и V3R–V4R.

5. При неинформативной ЭКГ у пациентов с сохраняющимся подозрением на ОКС, продолжающимися или возобновляющимися симптомами, пациент в кратчайшие сроки транспортируется РСЦ согласно схеме маршрутизации. Во время транспортировки ЭКГ регистрируется повторно с интервалами в 15–30 мин в течение первого часа или проводится мониторинг смещений сегмента ST в 12 отведениях.

6. При установлении предварительного диагноза ОКС с подъемом сегмента ST и ОКС без подъема ST с высоким риском госпитальной летальности по шкале GRACE (140 баллов и более), пациент в кратчайшие сроки транспортируется в РСЦ с возможностью проведения ЧКВ, в соответствии с утвержденной схемой маршрутизации, минуя Первичное сосудистое отделение (далее – ПСО). (Перечень медицинских организаций, участвующих в оказании специализированной медицинской помощи в условиях стационара пациентам с ОКС представлен в приложении 2 к Регламенту).

7. Перед началом транспортировки медицинский работник скорой медицинской помощи посредством любого доступного вида связи информирует

дежурного врача РСЦ о транспортируемом пациенте и предположительном времени доставки пациента в стационар. Транспортировки пациента должна начаться в течение первых 30 минут с момента постановки диагноза. (контакты дежурного врача представлены в приложении 3 к настоящему Регламенту).

8. Выбор тактики лечения пациентов с ОКС на догоспитальном этапе, в том числе, решение вопроса о необходимости проведения тромболитической терапии (далее - ТЛТ) осуществляется врачом или фельдшером бригады СМП, в соответствии действующими клиническими рекомендациями. (Структурированный алгоритм действий врачей и среднего медицинского персонала в случае диагностики у ОКС (с подъемом и без подъема сегмента ST) на догоспитальном этапе, первичном медицинском контакте с пациентом представлен в приложении 4 к настоящему Регламенту. Алгоритм принятия решения о проведении/не проведении ТЛТ представлен в приложении 5 к настоящему Регламенту).

9. При предполагаемом времени транспортировки пациента до РСЦ более 60 минут или при отсутствии возможности транспортировки пациента в РСЦ, пациенту с ОКС с подъемом сегмента ST на ЭКГ в пределах 10 минут от постановки диагноза должна быть начата ТЛТ при отсутствии противопоказаний к таковой (территории с ограниченной транспортной доступностью (с плечом доставки более 2 часов представлены в приложении 8 к настоящему Регламенту).

10. При проведении ТЛТ медицинским работником СМП должна быть оформлена «Карта тромболитической терапии» (приложение 6 к настоящему Регламенту).

11. Пациенты с ОКС, доставленные в РСЦ, госпитализируются в БИТ минуя этап предварительного осмотра в приемном отделении.

12. Пациенты с подтвержденным диагнозом «Острый инфаркт миокарда» госпитализируются непосредственно в рентгенооперационную РСЦ минуя приемное отделение и койку БИТа.

На реанимационную койку БИТа могут быть госпитализированы пациенты с предварительным диагнозом «Острого инфаркта миокарда», требующие проведения дифференциальной диагностики.

13. Пациенты с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST на ЭКГ, имеющие средние и низкие риски по шкале GRACE (менее 140 баллов) могут быть госпитализированы в ПСО не имеющие возможности проведения ЧКВ в соответствии с утвержденной схемой маршрутизации.

14. В случае отказа в госпитализации, уполномоченные специалисты профильного стационара, отказавшие в госпитализации, оформляют мотивированный отказ в госпитализации на бланке медицинской организации, который прикладывается к карте вызова скорой медицинской помощи, а при самостоятельном обращении пациента в стационар - выдается на руки пациенту и направляется в территориальную медицинскую организацию, оказывающую. Первичную медико-санитарную помощь посредством МИС. (Форма мотивированного отказа представлена в приложении 7 к настоящему регламенту).

15. При определении у пациентов, госпитализированных в ПСО, показаний к проведению экстренного или срочного ЧКВ, информация о пациенте с обоснованием необходимости и срочности ЧКВ направляется РСЦ посредством МИС в течение 30 мин с момента установления показаний для ЧКВ. Уполномоченный специалист РСЦ в течение 30 мин с момента получения информации согласовывает перевод пациента в РСЦ или дает мотивированный отказ в переводе посредством МИС. (Форма направления и краткого

медицинского заключения и согласования/отказа в переводе представлены в приложении 6 к настоящему регламенту).

16. При возникновении ОКС у пациента, находящегося на лечении в непрофильном стационаре, информация о пациенте с обоснованием необходимости перевода пациента в РСЦ направляется РСЦ посредством МИС в течение 30 мин с момента установления диагноза ОКС. Уполномоченный специалист РСЦ в течение 30 мин с момента получения информации согласовывает перевод пациента в РСЦ или дает мотивированный отказ в переводе. (Форма направления и краткого медицинского заключения и согласования/отказа в переводе представлена в приложении 6 к настоящему регламенту).

17. При определении у пациента с ОКС, находящегося в ПСО или РСЦ медицинских показаний к экстренному аортокоронарному шунтированию, информация о пациенте с обоснованием необходимости и срочности АКШ направляется ФГБУЗ «СК ММЦ Минздрава России» посредством МИС в течение 30 мин с момента установления показаний для АКШ. Уполномоченный специалист ФГБУЗ «СК ММЦ Минздрава России» в течение 30 мин с момента получения информации согласовывает перевод пациента или дает мотивированный отказ в переводе посредством МИС. (Форма направления и краткого медицинского заключения и согласования/отказа в переводе представлены в приложении 7 к настоящему регламенту).

18. Транспортировка пациента с ОКС из ПСО или непрофильного стационара в РСЦ осуществляется бригадой скорой медицинской помощи. Перед началом транспортировки медицинский работник скорой медицинской помощи посредством любого доступного вида связи информирует дежурного врача РСЦ о транспортируемом пациенте.

19. Одновременно с пациентом с ОКС, переводимом из ПСО или непрофильного стационара в РСЦ передается медицинское заключение на бумажном носителе с указанием Ф.И.О. больного, возраста, диагноза, и кратким обоснованием диагноза и необходимости перевода и результатами проведенных диагностических и лечебных мероприятий, Ф.И.О. и контактного телефона медицинского работника, направившего больного в РСЦ.

20. В случае отказа пациента от оказания специализированной медицинской помощи в экстренной или неотложной форме врач скорой медицинской помощи или врач-специалист медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь пациенту, дает разъяснения пациенту (законному представителю пациента) о возможных последствиях данного отказа для состояния здоровья и жизни пациента с соблюдением требований, установленных законодательством Российской Федерации и оформляет Информированный отказ от медицинской помощи.

Критерии диагностики различных форм ОКС.

Острый коронарный синдром (ОКС) — термин, обозначающий любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда (ИМ) или нестабильную стенокардию (НС).

Термин «ОКС» может использоваться на догоспитальном или раннем госпитальном этапах и в дальнейшем трансформируется в диагноз «острый ИМ», «НС» либо, по результатам дифференциальной диагностики, — в любой другой диагноз, в том числе не кардиологический.

ОКС может быть как проявлением дестабилизации хронического течения ИБС, так и первым признаком поражения коронарного русла у пациентов, не предъявлявших ранее каких-либо жалоб.

Шаг 1. Оценка клинических признаков или симптомов ишемии миокарда.

Остро возникший ангинозный приступ длительностью более 20 минут.

Типичный ангинозный приступ - характеризуется чувством сжатия, давления или тяжести за грудиной, которые иногда описываются пациентом как дискомфорт, возможно с иррадиацией в левую руку, левое плечо, горло, нижнюю челюсть, эпигастрий.

В клинической картине ОКС могут присутствовать, иногда преобладать, симптомы его основных осложнений — острой сердечной недостаточности (отек легких, шок), выраженной брадикардии или тахикардии.

Нетипичные клинические проявления - потливость, тошнота, боль в животе, одышка, потеря сознания (в некоторых случаях единственные или доминирующие) характерны для нетипичных вариантов ОКС: астматический, абдоминальный, аритмический, цереброваскулярный, малосимптомный (безболевого).

Диагноз ОКС, как предварительный диагноз, должен быть установлен при:

- возникновении типичного/атипичного ангинозного приступа в покое;
- впервые возникшей стенокардии, соответствующей как минимум II ФК;
- утяжелении до этого стабильной стенокардии как минимум до III ФК;
- стенокардии, появившейся в первые 2 недели после ИМ.

Шаг 2. Проведение и анализ ЭКГ в 12 отведениях не позднее 10 минут от первого контакта с медицинским работником (на догоспитальном этапе/ в стационаре при подозрении на ОКС).

Изменения ЭКГ, характерные для ОКС без подъема сегмента ST	Изменения ЭКГ, характерные для ОКС с подъемом сегмента ST
Остро возникшие (или предположительно остро возникшие) изменения на ЭКГ	

- переходящие (менее 20 минут) подъемы сегмента ST как минимум в двух смежных отведениях
- переходящие или стойкие депрессии сегмента ST на 0,05 мВ.
- выраженные ($\geq 0,2$ мВ) симметричные отрицательные зубцы T в прекардиальных отведениях
- смещение сегмента ST менее 0,05 мВ и инверсию зубца T менее 0,1 мВ.
- возможно отсутствие изменений на ЭКГ

- стойкий, длительностью более 20 минут, подъем сегмента ST более 0,1 мВ, как минимум в двух смежных отведениях;
- блокада левой ножки пучка Гиса;
- патологические зубцы Q.

Если изменения на ЭКГ в 12 стандартных отведениях неинформативны, а по клиническим данным предполагается наличие ишемии миокарда, рекомендуется использовать дополнительные отведения, такие как $V_7 - V_9$, $V_{3R} - V_{4R}$.

При неинформативной ЭКГ у пациентов с сохраняющимся подозрением на ОКС, продолжающимися или возобновляющимися симптомами, рекомендуется регистрировать ЭКГ повторно с интервалами в 15–30 мин в течение первого часа или начать дистанционное наблюдение за ЭКГ (мониторирование ЭКГ) с оценкой смещений сегмента ST в 12 отведениях ЭКГ.

При невозможности квалифицированно интерпретировать ЭКГ на месте регистрации, направить ЭКГ через систему дистанционной передачи в РСЦ для её интерпретации.

Шаг 3. Количественное исследование динамики уровня биохимических маркеров повреждения кардиомиоцитов в крови (сердечного тропонина T или I), предпочтительно высокочувствительными методами (данный этап не обязателен на догоспитальном этапе).

Определение сердечных тропонинов проводится количественно как минимум дважды.

- первое определение при поступлении в стационар/ при первом контакте/ при подозрении на ОКС.

- второе определение через 3 часа.

Преходящее повышение количественного уровня сердечного тропонина выше верхней границы нормы в условиях, указывающих на наличие ишемии миокарда, свидетельствует об остром инфаркте миокарда (вне зависимости от причины).

Нарастающий и/или снижающийся уровень сТn позволяет дифференцировать острое повреждение кардиомиоцитов от хронического (чем более выражены изменения, тем больше вероятность ОИМ).

Если после двух определений количественного уровня сердечного тропонина в крови высокочувствительным методом ни подтвердить, ни отвергнуть ИМ не удастся, при сохраняющемся клиническом подозрении на ОКС рекомендуется дополнительное определение через 6 ч.

Применительно к ОИМ с подъемом сегмента ST лабораторное подтверждение некроза миокарда с помощью исследования уровня тропонинов носит формальный характер и имеет непервостепенное значение. Определение маркеров повреждения необходимо для окончательного подтверждения диагноза, но первичная лечебная стратегия строится на основании клинической картины и ЭКГ. Все основные решения по оказанию помощи пациенту с ОИМ с подъемом сегмента ST не зависят от лабораторного подтверждения. Более того, важнейшие решения, например решение о введении тромболитика или проведении первичного ЧКВ, не должны откладываться до получения информации об уровне тропонина.

Приложение 2
к Регламенту оказания медицинской
помощи пациентам с ОКС.

**Перечень медицинских организаций, участвующих в оказании
специализированной помощи пациентам с ОКС в условиях стационара**

МО	Численность прикрепленн ого взрослого населения	Расположение МО	Количество Rg- ангиогра- фических установок	Зона и время ответственности
ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО- Алания/РСЦ	525672	г. Владикавказ, ул. Барбашова, 39	2	Территория РСО- Алания 5/24 (вторник, четверг, пятница, суббота, воскресенье)
ФГБУ «СК ММЦ» МЗ РФ/РСЦ	525672	г. Беслан, ул. Фриева, 139 а	2	Территория РСО- Алания 2/24 (понедельник, среда)
ГБУЗ «Моздокская ЦРБ» / ПСО	62451	г. Моздок, ул. Мира, 2	0	Территория Моздокского района 7/24

Приложение 3
к Регламенту оказания медицинской
помощи пациентам с ОКС

Контактные данные лиц, уполномоченных принимать решения по вопросам маршрутизации пациентов с ОКС (работающие в круглосуточном режиме)

Медицинские организации, участвующие в маршрутизации пациентов с ОКС	Контакт/адрес для направления ЭКГ на дистанционной расшифровки и получения официального заключения	Телефон лица, уполномоченного принимать решение по маршрутизации пациентов с ОКС, при несогласовании дежурным врачом	Телефон дежурного врача, осуществляющего медицинскую помощь пациентам с ОКС
Уполномоченное лицо РСЦ ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания	+7(918)8245297 rkbsekretar@mail.ru	+7(918)8237504 rkbsekretar@mail.ru	+7(918)8245297
Уполномоченное лицо ФГБУЗ «СК ММЦ» МЗ РФ	+7(961)8234313 skmmc@mail.ru	+7(919)4238416 skmmc@mail.ru	+7(961)8234313
Уполномоченное лицо ПСО ГБУЗ «Моздокская ЦРБ» МЗ РСО-Алания		8(867)3632943	8(867)3622721 8(867)3632896

Структурированный алгоритм действий врачей и среднего медицинского персонала в случае диагностики у ОКС (с подъемом и без подъема сегмента ST) на догоспитальном этапе, первичном медицинском контакте с пациентом.

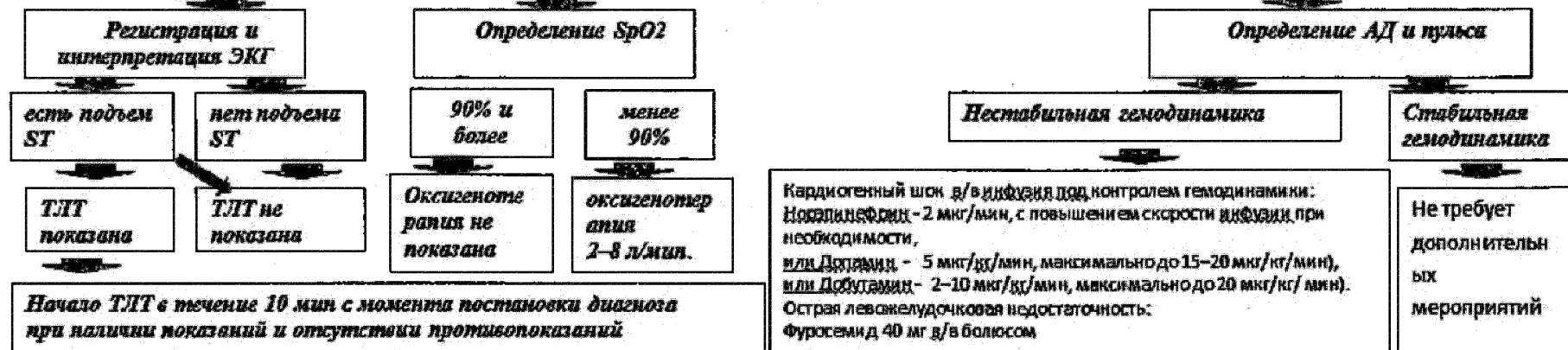
Клиническое подозрение на ОКС

Диагноз ОКС клинический! и никаких его подтверждений на догоспитальном этапе не требуется!

Клиническая картина типичного варианта ОКС - чувство сжатия, давления или тяжести за грудиной, возможно с иррадиацией в левую руку, левое плечо, горло, нижнюю челюсть, эпигастрий.

Клиническая картина нетипичного варианта ОКС - потливость, тошнота, боль в животе, одышка, потеря сознания (иногда единственные или доминирующие) при нетипичных вариантах ОКС: астматический, абдоминальный, аритмический, цереброваскулярный, малосимптомный (безболевой).

В течение 10 минут с момента первого контакта с медицинским работником



Всем пациентам при отсутствии противопоказаний.

1. Кулирование болевого синдрома: сублингвально быстродействующие нитраты. При неэффективности морфин в/в медленно 2-4 мг, при необходимости каждые 5-15 мин до купирования боли или возникновения побочных эффектов.
2. Нагрузочная доза АСК 150-325 мг (разжевать и проглотить).
3. Эноксапарин натрия ((должно 1 мг/кг) при невозможности фондапаринуж натрия (2,5 мг должно) при невозможности НФГ (внутривенное введение 4000 МЕ болюсом). При проведении ТЛТ препарат выбора НФГ.

Незамедлительная транспортировка/перевод в РСЦ

Алгоритм принятия решения о проведении/не проведении ТЛТ

Общие положения

1. Реперфузия (реканализация) - устранение острой окклюзии и восстановление проходимости коронарной артерии.
2. ТЛТ часть реперфузионного лечения в рамках фармакоинвазивного подхода, включающего последовательное применение ТЛТ и чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) или коронарного шунтирования (КШ).
3. Все пациенты ИМпСТ сразу после установления диагноза (независимо от возраста или половой принадлежности) должны рассматриваться как кандидаты на реперфузионную терапию.
4. ТЛТ при отсутствии противопоказаний рекомендована для снижения риска смерти у пациентов с ИМпСТ с длительностью симптомов <12 часов, у которых ожидается, что первичное ЧКВ не будет выполнено в пределах 120 минут после постановки диагноза.
5. Введение тромболитика должно быть начато в пределах 10 минут от постановки диагноза.
6. ТЛТ на догоспитальном этапе проводится при наличии возможностей (тромболитик, обученный персонал, дефибриллятор, средства для сердечно-легочной реанимации).
7. Для снижения риска смерти, рецидива ИМ и ишемического инсульта всем пациентам при отсутствии противопоказаний рекомендован прием АСК 500 мг до начала реперфузионного вмешательства
8. Для снижения рисков смерти и/или рецидива ИМ всем пациентам при отсутствии противопоказаний рекомендовано применение парентерально вводимого антикоагулянта, начатое перед реперфузионным вмешательством или как минимум во время него. Предпочтительно при проведении ТЛТ в/в болюсное введение НФГ 4000 ЕД.
9. Для снижения риска смерти, рецидива ИМ, суммарного риска ишемических событий клопидогрел рекомендован пациентам не имеющим противопоказаний, в дополнение к АСК до начала или во время ТЛТ в нагрузочной дозе 300 мг, а лицам старше 75 лет в дозе 75 мг.

Абсолютные противопоказания к ТЛТ:

- ранее перенесенный геморрагический инсульт или нарушение мозгового кровообращения неизвестной этиологии;
- ишемический инсульт в предшествующие 6 месяцев;
- повреждения или новообразования ЦНС, артериовенозные мальформации ЦНС;
- недавняя серьезная травма / хирургическое вмешательство / травма головы / желудочно-кишечное кровотечение (в течение предыдущего месяца);
- известные геморрагический диатез или кровоточивость (кроме менструальных кровотечений);

- расслоение аорты (заподозренное или подтвержденное);
- пункция некомпонируемых сосудов, биопсия печени, спинномозговая пункция в течение предыдущих 24 часов.

Относительные противопоказания к ТЛТ:

- транзиторная ишемическая атака в предыдущие 6 месяцев;
- прием пероральных антикоагулянтов;
- беременность и 1-я неделя после родов;
- рефрактерная АГ (САД >180 мм рт.ст. и/или ДАД >110 мм рт.ст.);
- тяжелое заболевание печени;
- инфекционный эндокардит;
- травматичная или длительная сердечно-легочная реанимация;
- обострение язвенной болезни.

Контрольный лист принятия решения о проведении тромболитической терапии бригадой СМП

Проверьте и отметьте каждый из показателей, приведенных в таблице. Если отмечены все квадратики в столбце "Да" и ни одного в столбце "Нет", то проведение тромболитической терапии больному показано. При наличии даже одного неотмеченного квадратика в столбце "Да" ТЛТ терапию проводить не следует и заполнение контрольного листа можно прекратить		
	да	нет
Больной ориентирован, может общаться		
Характерный для ОКС болевой синдром и/или его эквиваленты, продолжающиеся не менее 20 мин., но и не более 12 часов		
После исчезновения характерного для ОКС болевого синдрома и/или его эквивалентов прошло не более 3 ч.		
Выполнена качественная регистрация ЭКГ в 12 отведениях		
Есть подъем сегмента ST на 1 мм и более в двух и более смежных отведениях ЭКГ или зарегистрирована блокада левой ножки пучка Гиса, которой раньше у больного не было		
Задержка инвазивной реперфузии (ЧКВ) превысит 90 мин. от контакта с медиком		
В период транспортировки больного имеется возможность постоянного мониторингового контроля ЭКГ (хотя бы в одном отведении), внутривенных инфузий (в кубитальной вене установлен катетер) и срочного применения дефибриллятора		
Систолическое давление крови не превышает 180 мм рт.ст.		
Диастолическое давление крови не превышает 110 мм рт.ст.		
В анамнезе отсутствуют указания на перенесенный инсульт или наличие другой органической (структурной) патологии мозга. Отсутствуют клинические признаки кровотечения любой локализации (в том числе желудочно-кишечные и урогенитальные) или проявления геморрагического синдрома		
Отсутствуют данные о проведении больному длительной		

(более 10 мин.) сердечно-легочной реанимации или о наличии у него за последние 2 недели внутреннего кровотечения; больной и его близкие это подтверждают		
Отсутствуют данные о перенесенной за последние 3 мес. хирургической операции (в т.ч. на глазах с использованием лазера) или серьезной травме с гематомами и/или кровотечением, и больной подтверждает это		
Отсутствуют данные о наличии беременности или терминальной стадии какого-либо заболевания и данные опроса и осмотра подтверждают его		
Отсутствуют данные о наличии у больного желтухи, гепатита, почечной недостаточности и данные опроса и осмотра больного подтверждают это		
ВЫВОД: ТЛТ больному (ФИО) ПОКАЗАНА ПРОТИВОПОКАЗАНА (нужное обвести, ненужное зачеркнуть) Лист заполнил: Врач/фельдшер (нужное обвести) (ФИО)		
Дата Время Подпись		
Контрольный лист передается с больным в стационар		

Приложение 6
к Регламенту оказания медицинской
помощи пациентам с ОКС

Карта тромболитической терапии
пациенту с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST

Наименование учреждения _____

Наименование подразделения _____

Ф.И.О. пациента _____ Дата рождения _____

ШАГ 1. Оценка показаний к тромболитической терапии (ТЛТ)

1. Время от начала типичного болевого приступа _____ мин
2. Длительность ангинозного приступа _____ мин
3. Изменения ЭКГ: элевация ST _____ мм, в отведениях _____
4. Предполагаемое время доставки пациента в РСЦ _____ мин.

**Введение тромболитика оправдано при подъеме ST > 0,1 mV как минимум в двух последовательных грудных отведениях или в двух отведениях от конечностей или при впервые возникшей полной блокаде левой ножки пучка Гиса, если длительность болевого приступа не превышает 12 часов, а предполагаемое время доставки пациента в РСЦ превышает 60 мин с момента первого контакта с больным.*

У пациента выявлены показания к ТЛТ	Да/Нет
--	---------------

ШАГ 2. Оценка противопоказаний к ТЛТ

<i>Абсолютные противопоказания</i>	Да/Нет
Раннее перенесенный геморрагический инсульт или ОНМК любой давности	Да/Нет
Ишемический инсульт в течение последних трех месяцев	Да/Нет
Опухоль мозга, первичная или метастатическая	Да/Нет
Подозрение на расслоение аорты	Да/Нет
Признаки кровотечения или геморрагического диатеза (за исключением менструаций)	Да/Нет
Черепно-мозговая травма в последние 3 месяца или внутримозговая гематома. деменция	Да/Нет
Наличие артерио-венозной мальформации, артериальной аневризмы мозговых сосудов	Да/Нет
Артериальное давление выше 180 и 110 мм.рт.ст. при отсутствии эффекта от антигипертензивной терапии	Да/Нет
Травматическая длительная (более 10 мин) сердечно-легочная реанимация	Да/Нет
Обширное оперативное вмешательство в течение 3 недель	Да/Нет
Пункция сосуда не поддающегося прижатию	Да/Нет
Внутреннее кровотечение в течение последних 4 недель	Да/Нет
Для СТРЕПТОКИНАЗЫ – введение стрептокиназы ранее или	Да/Нет

известная аллергия на препарат	
Беременность	Да/Нет
<i>Относительные противопоказания</i>	
Обострение язвенной болезни	Да/Нет
Прием антикоагулянтов непрямого действия	Да/Нет
Ишемический инсульт 3-6 месяцев давности	Да/Нет

У пациента выявлены противопоказания к ТЛТ	Да/Нет
---	---------------

Шаг 3. Принятие решения о проведении ТЛТ (выбрать нужное)

У пациента имеются показания к ТЛТ и отсутствуют абсолютные противопоказания к ТЛТ	
У пациента выявлены абсолютные противопоказания к ТЛТ	
Пациент отказался от ТЛТ, получен информированный отказ	
Пациенту не показана ТЛТ по длительности заболевания (указать время)	
Существуют другие причины для отказа от ТЛТ (указать какие именно)	

ШАГ 4. Получение информированного согласия

Пациент информирован о своем состоянии, остроте процесса, факторе времени и возможных альтернативных методах лечения и возможных осложнениях	Да/Нет
Пациентом подписано информированное согласие на ТЛТ	Да/Нет

ШАГ 5. Обеспечение условий для проведения ТЛТ

Доступ в вену	да	нет	
Постоянный мониторинг ЭКГ	да	нет	
Оксигенотерапия	да	нет	нет показаний
Аспирин 500 мг	да	нет	противопоказан
Клопидогрел 300 мг (лицам старше 75 лет 75 мг)	да	нет	противопоказан
Нефракционированный гепарин 400 ЕД	да	нет	противопоказан

ШАГ 6. Собственно проведение ТЛТ

Наименование препарата, доза, способ введения	Время введения		Сопутствующая терапия
	Начато __ ч __ м	Окончено __ ч __ м	

За время ТЛТ наблюдались

Реперфузионные аритмии (описать)	
Нестабильная гемодинамика (описать)	
Другие осложнения	

(описать)	
-----------	--

ШАГ 7. Оценка реперфузии

ЭКГ через 90 мин (время, дата, описание)	
ЭКГ через 180 мин (время, дата, описание)	
Уровень кардио-специфичных белков (время, дата, описание)	

ШАГ 8. Заключение (выбрать нужное)

Вероятность реперфузии высокая	
Реперфузия скорее есть	
Реперфузии скорее нет	
Реперфузия маловероятна	

**Вероятность реперфузии оценивается на основании:*

<i>Снижение сегмента ST более чем на 50% от исходного уровня</i>	
<i>Наличие реперфузионной аритмии</i>	
<i>Быстрый пик маркеров повреждения миокарда</i>	

Дата и время заполнения карты ТЛТ _____

Ф.И.О, подпись врача (фельдшера) проводившего ТЛТ _____

Приложение 7
к Регламенту оказания медицинской
помощи пациентам с ОКС

Типовая форма

**«Направление и краткое медицинское заключение на пациента с
предварительным диагнозом ОКС, находящегося в ПСО или непрофильном
стационаре для согласования его перевода в РСЦ»**

1.	Наименование ЛПУ, направляющего пациента в РСЦ	
2.	Ф.И.О. пациента, дата рождения	
3.	Дата и время установления предварительного диагноза ОКС	
4.	Дата и время передачи запроса для решения вопроса о переводе в РСЦ	
5.	Клинические данные подтверждающие диагноз ОКС	
6.	Данные ЭКГ, подтверждающие диагноз ОКС (пленку ЭКГ приложить)	
7.	Уровень кардиомаркеров, время и метод их определения	
8.	Сопутствующие клинические состояния, способные вызвать вторичное повреждение миокарда /утяжелить течение предполагаемого ОКС	
9.	Предварительный диагноз (с указанием предполагаемой длительности ОКС и всех значимых клинических состояний)	
10.	Объем проведенных медицинских вмешательств	
11.	Необходимость проведения ЧКВ	
12.	ФИО медицинского работника, направляющего пациента в РСЦ. Контактные данные для получения официального ответа РСЦ	

Типовая форма

**«Согласование/мотивированный отказ в переводе пациента с
предварительным диагнозом ОКС из ПСО или непрофильного стационара в
РСЦ».**

1.	Наименование РСЦ	
2.	Ф.И.О. пациента, дата рождения	
3.	Дата и время получения запроса на перевод в РСЦ	
4.	Направившее учреждение	
5.	Диагноз направившего учреждения	
6.	Дата и время согласования перевода	
7.	В случае отказа в переводе: дата и время отказа в переводе в РСЦ	
8.	Клинические данные (в том числе	

	лабораторные и инструментальные), опровергающие диагноз ОКС	
9.	Информация о пациенте, запрашиваемая РСЦ дополнительно для подтверждения/ опровержения диагноза ОКС	
10.	Рекомендации по дальнейшему ведению пациента	
11.	Дата и время информирования медицинского работника направившего пациента в РСЦ об отказе в переводе	
12.	ФИО медицинского работника, принявшего решение об отказе в госпитализации/переводе пациента в РСЦ	

Типовая форма

**«Направление и краткое медицинское заключение на пациента с
диагнозом ОКС, находящегося в ПСО или РСЦ для согласования его
перевода в ФГБУЗ СК ММЦ Минздрава России для проведения
экстренного АКШ»**

1.	Наименование ЛПУ, направляющего пациента в РСЦ	
2.	Ф.И.О. пациента, дата рождения	
3.	Клинический диагноз (с указанием предполагаемой длительности ОКС и всех значимых клинических состояний)	
3.	Дата и время установления диагноза ОКС	
4.	Дата и время передачи запроса для решения вопроса о переводе в ФГБУЗ СК ММЦ Минздрава России	
6.	Клинические данные, подтверждающие необходимость проведения экстренного АКШ	
7.	Сопутствующие клинические состояния, утяжелить течение основного заболеваний	
8.	Объем проведенных медицинских вмешательств	
9.	ФИО медицинского работника, направляющего пациента. Контактные данные для получения официального ответа ФГБУЗ СК ММЦ Минздрава России	

Типовая форма

**«Мотивированный отказ в госпитализации в РСЦ/ПСО пациента с
предварительным диагнозом ОКС».**

1.	Наименование РСЦ	
2.	Ф.И.О. пациента, дата рождения	
3.	Дата и время самостоятельного обращения пациента в РСЦ/ПСО или доставки пациента в РСЦ/ПСО бригадой СМП	
4.	Направившее учреждение	

5.	Диагноз направившего учреждения (при наличии)	
6.	Клинические данные (в том числе лабораторные и инструментальные), опровергающие диагноз ОКС	
7.	Диагноз, установленный в РСЦ/ПСО	
8.	Рекомендации по дальнейшему ведению пациента	
9.	Дата и время отказа в госпитализации в РСЦ	
10.	ФИО медицинского работника, принявшего решение об отказе в госпитализации/переводе пациента в РСЦ	

Приложение 8
к Регламенту оказания медицинской
помощи пациентам с ОКС

**Территории с ограниченной транспортной доступностью
(с плечом доставки более 2 часов).**

	Район	Населенный пункт	Численность населения	Время доезда до РСЦ, мин
1	Алагирский район	с.Згил	8	135
2	Алагирский район	с.Камсхо	0	137
3	Алагирский район	с.Калак	0	137
4	Алагирский район	с.Лисри	4	132
5	Алагирский район	с.Тиб	21	122
6	Алагирский район	с.Худисан	0	121
7	Алагирский район	с.Ход	3	144
8	Алагирский район	с.Елгона	2	121
9	Алагирский район	с.Регах	0	123
10	Алагирский район	с.Сахсат	5	121
11	Алагирский район	с. Тапанкау	1	133
12	Алагирский район	с.Кесатикау	4	136
13	Алагирский район	п.Холет	5	124
14	Алагирский район	с.Абайтикау	32	151
15	Ирафский район	с.Камунта	44	129
16	Ирафский район	с.Галиат	20	138
17	Ирафский район	с.Дунта	48	128
18	Ирафский район	с.Дзинага	129	135
19	Ирафский район	с.Ногкау	0	143
20	Ирафский район	с.Стур-Дигора	199	139
21	Ирафский район	с.Кусу	29	144
22	Ирафский район	с.Моска	24	131
23	Ирафский район	с.Одола	29	133
24	Моздокский район	г. Моздок	40976	141
25	Моздокский район	с.Веселое	859	146
26	Моздокский район	п.Дружба	14	151
27	Моздокский район	п.Осетинский	42	149
28	Моздокский район	с.Комарово	575	150
29	Моздокский район	с.Ново-Георгиевское	720	144
30	Моздокский район	с.Виноградное	2287	124
31	Моздокский район	п.Мирный	0	121
32	Моздокский район	п.Калининский	2270	138
33	Моздокский район	с.Киевское	1369	138
34	Моздокский район	с.Кизляр	11590	129
35	Моздокский район	ст.Луковская	5008	135
36	Моздокский район	п.Луковский	9	141
37	Моздокский район	ст.Новоосетинская	584	138

38	Моздокский район	ст.Черноярская	666	144
39	Моздокский район	ст-я Черноярская	667	133
40	Моздокский район	с.Елбаево	508	141
41	Моздокский район	ст.Павлодольская	5121	129
42	Моздокский район	п.Советский	314	126
43	Моздокский район	с.Предгорное	1136	171
44	Моздокский район	п.Притеречный	1507	133
45	Моздокский район	п.Тельмана	291	144
46	Моздокский район	с.Раздольное	973	125
47	Моздокский район	п.Садовый	452	156
48	Моздокский район	п.Любы Кондратенко	60	159
49	Моздокский район	с.Троицкое	3490	146
50	Моздокский район	ст.Терская	2417	142
51	Моздокский район	с.Октябрьское	95	149
	ИТОГО:		84607	

	Приложение 2 к Порядку оказания медицинской помощи пациентам с ССЗ на территории Республики Северная Осетия – Алания, утвержденному приказом Министерства здравоохранения
--	--

РЕГЛАМЕНТ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

1. К острым нарушениям мозгового кровообращения (далее – ОНМК) относятся состояния, соответствующие кодам I60-I64, G45-G46 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр).

2. Медицинская помощь пациентам с ОНМК осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения». Клиническими рекомендациями «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых», «Геморрагический инсульт», утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3. При подозрении на ОНМК (появлении первых признаков) необходимо обратиться в ГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» МЗ РСО-Алания. Скорая, в том числе специализированная, медицинская помощь больным с ОНМК оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи (далее - СМП).

Бригады СМП осуществляют медицинскую эвакуацию пациентов с ОНМК в медицинские организации, в структуре которых организован региональный сосудистый центр и первично-сосудистое отделение с неврологическим отделением для больных с ОНМК (далее - Отделение) в соответствии с приложением 1 к настоящему Регламенту.

Бригада СМП, производящая транспортировку больного с признаками ОНМК в медицинскую организацию, в которой создано Отделение, предварительно устно оповещает медицинскую организацию о поступлении больного с признаками ОНМК с указанием приблизительного времени поступления.

5. Алгоритм маршрутизации и медицинской эвакуации пациентов с ОНМК, в том числе алгоритм догоспитальной диагностики и приоритетной медицинской эвакуации пациентов для выполнения операций

тромбоэкстракции/тромбоаспирации в государственные учреждения здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания, осуществляется в соответствии с приложением 2 к настоящему Регламенту.

6. Карта-схема маршрутизации и медицинской эвакуации пациентов с ОНМК в государственные учреждения здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания, в структуре которых организовано неврологическое отделение для пациентов с ОНМК представлена в приложении 3 к настоящему Регламенту.

7. Бригада СМП доставляет больных с признаками ОНМК в медицинские организации, оказывающие круглосуточную медицинскую помощь по профилю "неврология" и в которых создано Отделение, минуя приемное отделение медицинской организации в отделение лучевой диагностики с кабинетом компьютерной томографии и (или) кабинетом магнитно-резонансной томографии, в котором осуществляется проведение компьютерной томографии (далее - КТ-исследование) или магнитно-резонансной томографии (далее - МРТ-исследование) головного мозга для уточнения диагноза.

8. Больные с признаками ОНМК при поступлении осматриваются дежурным врачом-неврологом, который: оценивает состояние жизненно важных функций организма больного, общее состояние больного, неврологический статус; по медицинским показаниям проводит мероприятия, направленные на восстановление нарушенных жизненно важных функций организма больного с признаками ОНМК; организует выполнение электрокардиографии, забора крови для определения количества тромбоцитов, содержания глюкозы в периферической крови, международного нормализованного отношения (далее - МНО), активированного частичного тромбопластинового времени (далее - АЧТВ).

9. Определение содержания тромбоцитов, глюкозы в периферической крови, МНО, АЧТВ производится в течение 20 минут с момента забора крови, после чего результат передается дежурному врачу-неврологу Отделения.

10. Заключение по результатам проведения исследований передается дежурному врачу-неврологу Отделения.

11. Время с момента поступления больного с признаками ОНМК в Отделение до получения дежурным врачом-неврологом Отделения заключения КТ-исследования или МРТ-исследования головного мозга и исследования крови составляет не более 40 минут.

12. При подтверждении диагноза ОНМК больные со всеми типами ОНМК в остром периоде заболевания, в том числе с транзиторными ишемическими атаками, направляются в палату (блок) реанимации и интенсивной терапии Отделения. Время с момента поступления больного в медицинскую организацию до перевода в профильное отделение составляет не более 60 минут.

13. Больным, у которых по заключению КТ-исследования или МРТ-исследования установлены признаки геморрагического инсульта, в ГБУЗ «Республиканская клиническая больница» проводится консультация нейрохирурга

в срок не позднее 60 минут с момента получения результатов КТ-исследования, по итогам которой консилиумом врачей принимается решение о тактике лечения.

14. Больным со злокачественным инфарктом в бассейне средней мозговой артерии в первые 24 часа от начала развития заболевания проводится консультация нейрохирурга, по итогам которой консилиумом врачей принимается решение о тактике лечения.

15. Взаимодействия государственных учреждений здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания и федеральных учреждений здравоохранения, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ОНМК, требующим проведения нейрохирургического, сосудисто-хирургического, кардиохирургического вмешательства осуществляется в соответствии с приложением 4 к настоящему Регламенту.

16. Алгоритм направления пациентов с ОНМК на реабилитационные мероприятия в зависимости от балла по шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ) при выписке представлен в приложении 5 к настоящему Регламенту.

17. Маршрутизация пациентов со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий осуществляется в соответствии с приложением 6 к настоящему Регламенту.

18. При наличии у больного медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи направление в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, осуществляется в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, путем применения специализированной информационной системы, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 декабря 2014 г. № 930н (в редакции приказов Минздрава России от 29.05.2015 г. № 280н, от 27.08.2015 г. № 598н).

Приложение 1
к Регламенту оказания медицинской
помощи пациентам с ОНМК

**Перечень медицинских организаций, в структуре которых
функционирует региональный сосудистый центр и первично-сосудистое
отделение с неврологическим отделением для больных с ОНМК**

Региональный сосудистый центр	
ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания г. Владикавказ, ул. Барбашова, 39	г. Владикавказ, все районы РСО-Алания: Ирафский р-н Кировский р-н Правобережный р-н Пригородный р-н Дигорский р-н Ардонский р-н Алагирский р-н
Первичное сосудистое отделение	
ГБУЗ «Моздокская ЦРБ» МЗ РСО - Алания г. Моздок, ул. Кирова, 2	Моздокский район

Приложение 2
к Регламенту оказания медицинской
помощи пациентам с ОНМК

Алгоритм маршрутизации и медицинской эвакуации пациентов с ОНМК, в том числе алгоритм догоспитальной диагностики и приоритетной медицинской эвакуации пациентов для выполнения операций тромбэкстракции/тромбоаспирации в государственные учреждения здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания

Маршрутизация пациентов с ОНМК

Региональный сосудистый центр	
ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания г. Владикавказ, ул. Барбашова, 39	г. Владикавказ, все районы РСО-Алания: Ирафский р-н Кировский р-н Правобережный р-н Пригородный р-н Дигорский р-н Ардонский р-н Алагирский р-н
Первичное сосудистое отделение	
ГБУЗ «Моздокская ЦРБ» МЗ РСО - Алания г. Моздок, ул. Кирова, 2	Моздокский район

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

Маршрутизация и приоритетная медицинская эвакуация пациентов для выполнения операций тромбэкстракции/тромбоаспирации

<p>Региональный сосудистый центр ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания г. Владикавказ ул. Барбашова, 39 режим работы: 7/24/365 Прикрепленное население 525 672 человек + Моздокский р-н 62 451 = 588 123 человек (в случае проведения тромбэкстракции и тромбоаспирации, а в случае проведения тромболитической терапии ПСО г.Моздок)</p>	<p>г. Владикавказ (246 762 человек) территориальные округа и районы г. Владикавказ: Иристонский р-н (20 067 человек) Промышленный р-н (13 724 человек) Затеречный р-н (19 917 человек) Северо-западный р-н (8 743 человек) Районы Северной Осетии-Алании: Ирафский р-н (10 622 человек) Кировский р-н (21 090 человек) Правобережный р-н (42 012 человек) Пригородный р-н (79 779 человек) Дигорский р-н (12 913 человек) Ардонский р-н (23 760 человек) Алагирский р-н (26 283 человек) Моздокский район (62 451 человек)</p>
--	---

Маршрутизация и приоритетная медицинская эвакуация пациентов с геморрагическим инсультом для выполнения операций

<p>ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания г. Владикавказ, ул. Барбашова, 39 режим работы: 7/24/365 Прикрепленное население 588 123 человек (включая прикрепленное население к ПСО г.Моздок) ФГБУ «СК ММЦ» МЗ России нейрохирургическое отделение, плановая госпитализация г. Беслан ул. Фриева 139а</p>	<p>г. Владикавказ (246 762 человек) территориальные округа и районы г. Владикавказ: Иристонский р-н (20 067 человек) Промышленный р-н (13 724 человек) Затеречный р-н (19 917 человек) Северо-Западный р-н (8 743 человек) Районы Северной Осетии-Алании: Ирафский р-н (10 622 человек) Кировский р-н (21 090 человек) Правобережный р-н (42 012 человек) Пригородный р-н (79 779 человек) Дигорский р-н (12 913 человек) Ардонский р-н (23 760 человек) Алагирский р-н (26 283 человек) Моздокский район (62 451 человек)</p>
--	---

Приложение 3
к Регламенту оказания медицинской
помощи пациентам с ОНМК

Карта-схема маршрутизации и медицинской эвакуации пациентов с ОНМК в государственные учреждения здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания, в структуре которых организовано неврологическое отделение для пациентов с ОНМК



Приложение 4
к Регламенту оказания медицинской
помощи пациентам с ОНМК

**Регламент взаимодействия государственных учреждений здравоохранения
Республики Северная Осетия-Алания и федеральных учреждений
здравоохранения, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с
ОНМК, требующим проведения нейрохирургического, сосудисто-
хирургического, кардиохирургического вмешательства**

1. Медицинскую эвакуацию пациентов с ОНМК осуществляют бригады СМП ГБУЗ «ССМП» МЗ РСО-Алания, ГБУЗ «ТЦМК» МЗ РСО-Алания. Маршрутизация пациентов при госпитализации с ОНМК осуществляется в соответствии с территорией вызова бригады скорой медицинской помощи, вне зависимости от регистрации пациента.

2. Пациенты с ОНМК госпитализируются в 1 РСЦ, 1 ПСО, оснащенные аппаратами РКТ, которые работают в круглосуточном режиме, согласно утвержденной маршрутизации.

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

4. В случае неэффективности проведенного на этапе первичного сосудистого отделения системного тромболизиса пациент в остром периоде ишемического инсульта, для осуществления второго этапа реперфузионной терапии - операции тромбоэкстракции и/или тромбоаспирации, направляется в РСЦ г. Владикавказ в соответствии с Регламентом оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК (приложение № 2).

5. Пациентам, у которых по заключению КТ-исследования или МРТ-исследования установлены признаки геморрагического инсульта, лечащий врач РСЦ и ПСО в экстренной форме организует проведение консультации нейрохирурга в срок не позднее 60 минут с момента получения результатов КТ-исследования, в том числе, с использованием возможностей телемедицины – ПСО г. Моздок.

6. В случае принятия решения о проведении оперативного лечения пациент с геморрагическим инсультом направляется из первичного сосудистого отделения в нейрохирургическое отделение ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания или нейрохирургическое отделение ФГБУ «СК ММЦ» МЗ России в соответствии с Регламентом оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК (приложение № 2).

7. Разбор сложных, клинически неясных, случаев для определения дальнейшей тактики ведения и лечения пациентов проводится с участием

медицинских работников в федеральных медицинских центрах и/или национальными медицинскими исследовательскими центрами (далее – НМИЦ). По результатам проведения консультации (консилиума врачей), консультант оформляет медицинское заключение и рекомендации в РИСЗТО путем заполнения соответствующих полей протокола ТМК. В случае, если ТМК происходила с федеральной медицинской организацией или НМИЦ, поля протокола ТМК «Рекомендации» и «Заключение» заполняются строго в соответствии с полученной от консультирующего учреждения документацией. По итогам консультации консилиумом врачей принимается решение о тактике лечения.

8. Регламент взаимодействия медицинских организаций, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ОНМК, требующей проведения сосудисто-хирургического и кардиохирургического вмешательств: РСЦ ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания отделение сосудистой хирургии (г. Владикавказ, ул. Барбашова, 39) и ФГБУ «СК ММЦ» МЗ России отделение кардиохирургии и сосудистой хирургии (г. Беслан ул. Фриева 139 а), при выявлении у пациентов, находящихся на стационарном лечении ПСО и РСЦ, не имеющих в своей структуре кардиохирургического отделения, оказывающих специализированную высокотехнологичную медицинскую помощь, рекомендовано направление в медицинскую организацию – ГБУЗ СК ММЦ (г. Беслан ул. Фриева 139 а), со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брациоцефальных артерий, имеющих показания к проведению оперативного вмешательства хирургическими методами, рекомендовано направление пациентов в медицинскую организацию, имеющую в своей структуре таковое отделение - ФГБУ «СК ММЦ» (г. Беслан, ул. Фриева, 139 а) и ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания (г. Владикавказ, ул. Барбашова,39).

9. По окончании стационарного этапа лечения осуществлять направление пациентов на реабилитационное лечение в соответствии с Регламентом оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК (приложение № 5). Муниципальных образований с ограниченной (сезонной) транспортной доступностью в республике Северная Осетия-Алания нет.

10. 1) Руководитель РСЦ г. Владикавказ - Бирагова А.Ю. тел. 8-918-823-75-04

2) Руководитель БИГ неврологии РСЦ Купеева О.Д. тел. 8-928-860-22-22

3) Заведующий отделением неврологии РСЦ Макиев А.Т. тел. 8-918-822-06-12

4) Отделение ранней медицинской реабилитации РСЦ Ходова М.А. тел. 8-918-823-44-97

5) Заведующий отделением нейрохирургическим отделением Рамонов А.А. тел.8-918-822-65-69

6) Заведующий сосудистым отделением РСЦ Дзуцев В.Р. тел. 8-989-036-19-86

7) Кардиохирургия «СК ММЦ» – Уртаев Р.А. тел. 8-961-825-87-87

Маршрутизация пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, нуждающихся в медицинской реабилитации – 2 этап.

Медицинские организации, направляющие пациентов на медицинскую реабилитацию	Медицинские организации, осуществляющие медицинскую реабилитацию – 2 этап, ШРМ 4-5
<p>РСЦ г. Владикавказ ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания</p>	<p>1. г. Беслан, ул, Фриева, 139а, ФГБУ «СК ММЦ» МЗ РФ отделение неврологии с реабилитацией -33 койки, из них 15 коек – медицинская реабилитация; отделение медицинской реабилитации № 2 - 15 коек 2. г. Владикавказ, Клиническая больница «СОГМА» - 50 коек, из них 10 коек медицинской реабилитации</p>
<p>ПСО г. Моздок ГБУЗ «МЦРБ» МЗ РСО-Алания г. Моздок, ул, Кирова 2.</p>	<p>1. г. Беслан ул. Фриева, 139а, «СК ММЦ» отделение неврологии с реабилитацией - 33 койки, из них 15 коек медицинской реабилитации, отделение медицинской реабилитации № 2 - 15 коек, 2. г. Владикавказ, Клиническая больница «СОГМА» 50 коек, из них 10 коек медицинской реабилитации</p>
<p>г. Владикавказ: ГБУЗ Поликлиника №1 ГБУЗ Поликлиника №4 ГБУЗ Поликлиника №5 ГБУЗ Поликлиника №7</p> <p>Районы РСО-Алания: ГБУЗ «Алагирская ЦРБ» ГБУЗ «Ардонская ЦРБ» ГБУЗ «Дигорская ЦРБ» ГБУЗ «Ирафская ЦРБ» ГБУЗ «Кировская ЦРБ» ГБУЗ «Моздокская ЦРБ» ГБУЗ «Правобережная ЦРКБ» ГБУЗ «Пригородная ЦРБ» ГБУЗ МЦРБ МЗ РСО-Алания</p>	<p>1. ФГБУ «Федеральный центр мозга и нейротехнологии» Минздрава России, г. Москва 2. ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России, г. Москва 3. ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», Московская область</p>

--	--

<p>Медицинские организации, направляющие пациентов на медицинскую реабилитацию</p>	<p>Медицинские организации, осуществляющие медицинскую реабилитацию – 2 этап, ЦРМ 6</p>
<p>РСЦ г. Владикавказ, ГБУЗ «Республиканская клиническая больница» Министерства здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания</p>	<p>1. ФГБУ «СК ММЦ» МЗ РФ г. Беслан, ул, Фриева, 139 а</p> <p>2. ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии» Московская область</p> <p>3. ФГБНУ «Научный центр неврологии» г. Москва</p>

Маршрутизация на третьем амбулаторном этапе, ШРМ 2-3

Медицинские организации, направляющие на медицинскую реабилитацию	Медицинские организации, осуществляющие медицинскую реабилитацию	Показания к медицинской реабилитации
<p>ПСО ГБУЗ «Моздокская ЦРБ», г. Моздок</p> <p>РСЦ ГБУЗ «РКБ», г. Владикавказ</p> <p>ФГБУ «СК ММЦ»</p> <p>Минздрава РФ г.Беслан</p>	<p align="center">ГБУ Санаторий «Сосновая роща»</p>	<p>ШРМ 2-3</p>
<p>ГБУЗ «Алагирская ЦРБ»</p> <p>ГБУЗ «Ардонская ЦРБ»</p> <p>ГБУЗ «Дигорская ЦРБ»</p> <p>ГБУЗ «Ирафская ЦРБ»</p> <p>ГБУЗ «Кировская ЦРБ»</p> <p>ГБУЗ «Моздокская ЦРБ»</p> <p>ГБУЗ «Правобережная ЦРКБ»</p> <p>ГБУЗ «Пригородная ЦРБ»</p>	<p align="center">ГБУ Санаторий «Сосновая роща»</p>	<p>ШРМ 2-3</p>

ГБУЗ «Поликлиника № 1»	ГБУ Санаторий «Сосновая роща»	ШРМ 2-3
ГБУЗ «Поликлиника № 4»	ГБУ Санаторий «Сосновая роща»	ШРМ 2-3
ГБУЗ «Поликлиника № 7»	ГБУ Санаторий «Сосновая роща»	ШРМ 2-3

Приложение 5
к Регламенту оказания медицинской
помощи пациентам с ОНМК

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

1. Медицинская реабилитация взрослых в республике Северная Осетия-Алания осуществляется в три этапа на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2. Медицинская реабилитация осуществляется с учетом показателей шкалы реабилитационной маршрутизации пациента. Маршрутизации на этапы реабилитационного лечения подлежат пациенты со степенью зависимости 2 - 6 баллов по ШРМ.

Шкала реабилитационной маршрутизации

Значения показателя ШРМ (баллы)	Описание состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции структуры организма, активность и участие пациента)		
	При заболеваниях или состояниях центральной нервной системы	При заболеваниях или состояниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы	При соматических заболеваниях
0	Отсутствие нарушений функционирования и ограничения жизнедеятельности. Функции, структуры организма сохранены полностью		
1	Отсутствие проявлений нарушений функционирования и ограничения жизнедеятельности при наличии симптомов		

				заболевания		
				а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение, другое), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни;	а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение, другое), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни;	а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение, другое), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни;
				б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и до болезни	б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и до болезни	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 функционирования и ограничение жизнедеятельности					
	а) не может выполнить виды деятельности(управле ние транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и другие) с той степенью активности, которая была до болезни, но может справляться с ними без посторонней помощи;	а)не может выполнять виды деятельности (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и другие) стой	а)не может выполнять виды деятельности (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и другие) с той степенью активности, которая была до болезни, но может справляться с ними без посторонней помощи;			а)не может выполнять виды деятельности (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и другие) с той степенью активности, которая была до болезни, но может справляться с ними без посторонней
	б) может	б) может	б) может			

<p>самостоятельно себя обслуживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается);</p> <p>в) не нуждается в наблюдении;</p> <p>г) может проживать один дома от недели и более без посторонней помощи</p>	<p>самостоятельно себя обслуживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается);</p> <p>в) не нуждается в наблюдении;</p> <p>г) может проживать один дома от недели и более без посторонней помощи</p>	<p>помощи;</p> <p>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 (велозргометрия или пирозргометрия) 125 Вт 7 МВ;</p> <p>в) может самостоятельно себя обслуживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается);</p> <p>г) не нуждается в наблюдении;</p>
---	---	---

			д) может проживать один дома от недели и более без посторонней помощи
3	Умеренное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности		
	<p>а) может передвигаться самостоятельно;</p> <p>б) самостоятельно одевается, раздевается, выполняет другие виды повседневной активности;</p> <p>в) нуждается в посторонней помощи при выполнении сложных видов активности: приготовлении пищи, уборки дома, походе в магазин за покупками и других;</p> <p>г) нуждается в помощи для выполнения операций с денежными средствами;</p> <p>д) может проживать один дома без посторонней помощи от 1 суток до 1 недели</p>	<p>а) может передвигаться самостоятельно, с помощью трости;</p> <p>б) незначительное ограничение возможностей самообслуживания при одевании, раздевании, посещении туалета, приеме пищи и выполнении других видов повседневной активности;</p> <p>в) нуждается в посторонней помощи при выполнении сложных видов активности: приготовлении пищи, уборке дома, походе в магазин за покупками и других;</p> <p>г) умеренно выраженный болевой синдром во время ходьбы, незначительно выраженный болевой синдром в покое (1 - 3 балла по визуальной аналоговой шкале</p>	<p>а) может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи;</p> <p>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 нормальных условиях. ТШМ = 301 - 425 м. Тесты с физической нагрузкой (велоэргометрия/спи роэргометрия) = 75 - 100 Вт/4 - 6,9 МЕ;</p> <p>в) самостоятельно одевается, раздевается, ходит в</p>

		<p>боли (ВАШ));</p> <p>д) может проживать один дома без посторонней помощи от 1 суток до 1 недели</p>	<p>туалет, ест и выполняет другие виды повседневной активности;</p> <p>г) нуждается в посторонней помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборка дома, поход в магазин за покупками;</p> <p>д) может проживать один дома без посторонней помощи от 1 суток до 1 недели</p>
4	<p>Выраженное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности</p>		
	<p>а) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи;</p> <p>б) нуждается в посторонней помощи при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и других;</p> <p>в) в обычной жизни нуждается в ухаживающем;</p> <p>г) может проживать один дома без посторонней помощи</p>	<p>а) умеренное ограничение возможностей передвижения, нуждается в дополнительном средстве опоры костылях;</p> <p>б) умеренное ограничение возможностей самообслуживания и выполнения всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и других;</p>	<p>а) умеренное ограничение возможностей передвижения;</p> <p>б) стенокардия возникает при ходьбе от 100 до 500 м по ровной местности, при подъеме на 1 пролет обычных ступенек в среднем темпе в нормальных условиях, ТШМ = 150 - 300 м, тесты с физической нагрузкой (велоэргометрия/спи</p>

до 1 суток	<p>в) выраженный болевой синдром во время движений, умеренно выраженный болевой синдром в покое (4 - 7 баллов по ВАШ);</p> <p>д) может проживать один дома без посторонней помощи от 1 суток до 1 недели</p>	<p>роэргометрия) = 25 - 50 Вт/2 - 3,9 МЕ;</p> <p>в) нуждается в посторонней помощи при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и других;</p> <p>г) в обычной жизни нуждается в ухаживающем;</p> <p>д) может проживать один дома без посторонней помощи до 1 суток</p>
5	Грубое нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности	
<p>а) пациент прикован к постели;</p> <p>б) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи;</p> <p>в) нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и других;</p> <p>г) круглосуточно</p>	<p>а) выраженное ограничение возможностей передвижения, нуждается в дополнительных средствах опоры — ходунки или самостоятельно передвигается в коляске. Перемещение ограничено пределами стационарного отделения.</p>	<p>а) больной комфортно чувствует себя только в состоянии покоя, минимальные физические нагрузки приводят к появлению слабости, сердцебиения, одышки, болям в сердце. ТШМ < 150 м;</p> <p>б) не может передвигаться</p>

	<p>нуждается в уходе;</p> <p>д) не может быть оставлен один дома без посторонней помощи</p>	<p>Не может ходить по лестнице;</p> <p>б)выраженное ограничение возможностей самообслуживания и выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет и других;</p> <p>в)выраженный болевой синдром в покое (8 - 0 баллов по ВАШ), усиливающийся при движении;</p> <p>г) может проживать один дома без посторонней помощи до 1 суток</p>	<p>самостоятельно без посторонней помощи;</p> <p>в) нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и других;</p> <p>г) круглосуточно нуждается в уходе;</p> <p>д) не может быть оставлен один дома без посторонней помощи</p>
6	<p>Нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности крайней степени тяжести</p>		
	<p>а) хроническое нарушение сознания: витальные функции стабильны; нейромьшечные и коммуникативные функции глубоко нарушены; пациент может находиться в условиях структурного подразделения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по профилю</p>		

<p>«анестезиология и реаниматология» (далее реанимационное отделение);</p> <p>б) нейромышечная несостоятельность: психический статус в пределах нормы, однако глубокий двигательный дефицит (тетраплегия) и бульбарные нарушения вынуждают больного оставаться в реанимационном отделении</p>		
---	--	--

Примечание:

1. Пациент, в отношении которого проведены мероприятия по медицинской реабилитации на любом этапе и имеющий оценку состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции структуры организма, активности и участия пациента) согласно ШРМ 0 - 1 балла, не нуждается в продолжении медицинской реабилитации.

2. Пациент, в отношении которого проведены мероприятия по медицинской реабилитации на первом и (или) втором этапах и имеющий значения ШРМ 2 - 3 балла, направляется на третий этап медицинской реабилитации.

3. Пациент, в отношении которого проведены мероприятия по медицинской реабилитации на первом этапе и имеющий значения ШРМ 3 (при наличии значимого для пациента дефицита, удаленности от медицинской организации, оказывающей помощь по реабилитации на третьем этапе), 4 - 5 баллов, направляется на второй этап медицинской реабилитации.

4. Выбор этапа и ОМР осуществляется с учетом степени зависимости пациента по ШРМ, наличия медицинских показаний и отсутствия противопоказаний к медицинской реабилитации, наличия свободных меств ОМР и согласно, утвержденной маршрутизации.

5. Первый этап медицинской реабилитации осуществляется на профильных

койках отделений реанимации, первичных сосудистых отделениях (далее–ПСО), региональными сосудистыми центрами (далее–РСЦ), отделений нейрохирургии, при непосредственном взаимодействии лечащего врача с членами МДРК, существующей на базе профильного отделения или отделения ранней медицинской реабилитации. Реабилитационное лечение на 1 этапе осуществляется пациентам, получающим медицинскую специализированную, в том числе, высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях по профилям: «неврология» - в период их пребывания в ОРИТ более 48 часов.

Мероприятия по медицинской реабилитации на первом этапе проводятся в медицинских организациях, имеющих лицензию на специализированную медицинскую помощь по медицинской реабилитации в условиях круглосуточного стационара на профильных койках отделений реанимации, ПСО, РСЦ, нейрохирургии – РСЦ г. Владикавказ ул. Барбашова, 39.

По окончании лечения на первом этапе лечащий врач, оказывающий неотложную специализированную помощь, принимает решение о маршрутизации на следующие этапы реабилитации путем оценки степени зависимости пациента по ШРМ. Направление проводится по результатам консультации специалиста по медицинской реабилитации (врача физической и реабилитационной медицины), в том числе, с применением телемедицинских технологий с оформлением направления на госпитализацию (форма 057/у-04) – в день выписки из РСЦ г. Владикавказ и ПСО г. Моздок

6. Второй этап медицинской реабилитации пациентов после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения осуществляется в стационарном отделении медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции центральной нервной системы. На второй этап медицинской реабилитации маршрутизируются пациенты со степенью зависимости по ШРМ 3 - 6 баллов после проведения консультации специалиста по медицинской реабилитации (врача физической и реабилитационной медицины), в том числе, с применением телемедицинских технологий, путем перегоспитализации из специализированного отделения, где пациенту оказывалась неотложная помощь. По окончании реабилитационного лечения на втором этапе заведующим ОМР совместно с лечащим врачом принимается решение о маршрутизации на следующий этап медицинской реабилитации путем оценки степени зависимости пациента по ШРМ.

7. Третий этап медицинской реабилитации осуществляется в отделениях амбулаторной реабилитации в дневных реабилитационных стационарах. На третий этап медицинской реабилитации маршрутизируются пациенты со степенью зависимости по ШРМ 2 - 3 балла. Реабилитационное лечение на третьем этапе медицинской реабилитации осуществляется при оказании первичной медико-санитарной помощи в условиях:

- дневного стационара (отделение медицинской реабилитации дневного стационара);
- амбулаторных условиях (амбулаторное отделение медицинской

реабилитации), в том числе, с применением телемедицинских технологий.

Медицинская реабилитация в амбулаторных условиях осуществляется по направлению врача-специалиста, ведущего амбулаторный прием; по рекомендации лечащего врача-куратора круглосуточного или дневного стационаров, осуществляющих медицинскую реабилитацию на втором этапе с возможностью продолжения реабилитации и после стационарного курса.

Приложение 6
к Регламенту оказания медицинской
помощи пациентам с ОНМК

**Регламент маршрутизации пациентов со стенотическим поражением
экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий**

Настоящий Регламент регулирует вопросы организации оказания медицинской помощи пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий в государственных учреждениях здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению Республики Северная Осетия-Алания.

**1. Перечень учреждений здравоохранения Северная Осетия-Алания,
проводящих выявление стенотического поражения экстракраниальных
отделов брахиоцефальных артерий методами скринингового ультразвукового
обследования и/или компьютерно-томографической ангиографии
брахиоцефальных и церебральных артерий**

ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания
ФГБУ «СК ММЦ» Минздрава России
Клиническая больница ФГБОУ ВО «СОГМА» Минздрава России
ГБУЗ «Алагирская ЦРБ»
ГБУЗ «Ардонская ЦРБ»
ГБУЗ «Дигорская ЦРБ»
ГБУЗ «Ирафская ЦРБ»
ГБУЗ «Кировская ЦРБ»
ГБУЗ «Моздокская ЦРБ»
ГБУЗ «Правобережная ЦРКБ»
ГБУЗ «Пригородная ЦРБ»

2. Перечень учреждений здравоохранения Северная Осетия-Алания, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий

ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания, г. Владикавказ, ул. Барбашова, 39

ФГБУ «СК ММЦ» Минздрава России, г. Беслан, ул. Фриева, 139а

3. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи

3.1. Скрининговое ультразвуковое обследование брахиоцефальных артерий с целью выявления окклюзионно-стенотического поражения брахиоцефальных артерий осуществляется в медицинских организациях Республики Северная Осетия-Алания, указанных в пункте 1 настоящего приложения.

3.2. Показаниями для проведения скринингового ультразвукового обследования брахиоцефальных артерий являются:

- наличие в анамнезе острых ишемических церебральных событий – транзиторная ишемическая атака и/или ишемический инсульт в бассейне внутренней сонной артерии и/или в вертебробазиллярном бассейне;

- пациент в возрасте старше 50 лет, без наличия в анамнезе острых церебральных событий, но имеющий факторы риска наличия атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий: облитерирующего атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей, ишемической болезни сердца, аневризматического расширения грудного или брюшного отдела аорты, аускультативно выслушиваемого шума надсонными артериями, дополнительных факторов риска развития атеросклероза брахиоцефальных артерий (сахарный диабет, гиперлипидемия, отягощенный артериальный анамнез).

- 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.

3.3. Направление пациентов на ультразвуковое обследование брахиоцефальных артерий с целью выявления окклюзионно-стенотического поражения брахиоцефальных артерий должно осуществляться врачами-специалистами амбулаторно-поликлинического этапа при наличии медицинских показаний согласно подпункта 3.2 приложения.

3.3. В соответствии с установленными показаниями пациентам с выявленным по данным скринингового ультразвукового обследования окклюзионно-стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий проводится компьютерно-томографическая ангиография брахиоцефальных и церебральных артерий.

3.4. Показаниями для проведения компьютерно-томографической ангиографии являются:

- стеноз внутренней сонной артерии $\geq 50\%$ (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 $\geq 70\%$ (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 $\geq 60\%$ (по европейской методике измерения, ECST) по данным ультразвукового обследования брахиоцефальных артерий при наличии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (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 внутримозговом кровоизлиянии, в том числе, субарахноидальном кровоизлиянии, геморрагическом инсульте, травматическом кровоизлиянии;

3.5. Проведение компьютерно - томографической ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий осуществляется в ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания и в ФГБУ «СК ММЦ»

3.6. По результатам проведенного обследования при наличии показаний пациент направляется на консультацию к врачу сердечно-сосудистому хирургу или врачу-нейрохирургу клинко-диагностического центра Государственного учреждения здравоохранения г. Владикавказ, ул. Барбашова, 39, ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания и г.Беслан, ул, Фриева, 139а ФГБУ «СК ММЦ»

3.7. Показания для направления пациента на консультацию к врачу сердечно-сосудистому хирургу или врачу-нейрохирургу:

- стеноз внутренней сонной артерии $\geq 50\%$ (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);

- стеноз внутренней сонной артерии $\geq 70\%$ (по европейской методике измерения, ECST) по данным ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий и компьютерно-томографической ангиографии брахиоцефальных 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 и/или врача сердечно-сосудистого хирурга. Наличие сочетанного стеноза внутренней сонной артерии $\geq 50\%$ на контралатеральной стороне требует консультации врача сердечно-сосудистого хирурга или врача-нейрохирурга;

- стенозы VI сегмента позвоночных артерий $\geq 60\%$ при наличии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт в вертебробазилярном бассейне);

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

3.8. Направление на консультацию к врачу сердечно-сосудистому хирургу или врачу-нейрохирургу оформляется в электронном виде с использованием возможностей Региональной информационной системы здравоохранения Северной Осетии-Алании.

3.9. По результатам консультации пациента врачом сердечно-сосудистым хирургом или врачом-нейрохирургом принимается решение о проведении оперативного лечения в стационарных ГБУЗ РКБ МЗ РСО-Алания или ФГБУ «СК ММЦ». При отсутствии медицинских показаний к оперативному лечению пациенты возвращаются под наблюдение врачей-специалистов амбулаторно-поликлинического этапа и ведутся с учетом рекомендаций сосудистого хирурга.

4. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи

4.1. Показания для проведения хирургического лечения:

- симптомные пациентов со стенозами более 60% (NASCET) [A], если частота периоперационного показателя «инсульт + летальность от инсульта» составляет в учреждении менее 3% 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 полных инсультов. Каротидная эндартерэктомия может быть выполнена в течение ближайших дней после ТИА.

- бессимптомные пациенты со стенозами от 70 до 99%, если операционный риск составляет менее 3%.

4.2. При выявлении у пациентов, находящихся на стационарном лечении в РСЦ и ПСО Республики Северной Осетии-Алании, показаний (подпункт 4.1.),

хирургическое лечение проводится в ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания или ФГБУ «СК ММЦ» Минздрава России.

Маршрутизация пациентов для проведения хирургических вмешательств на экстракраниальных отделах церебральных артерий

Региональный сосудистый центр ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания Режим работы: 7/24/365 ФГБУ «СК ММЦ» Минздрава России	г. Владикавказ Районы Северной Осетии-Алании: ГБУЗ «Алагирская ЦРБ» ГБУЗ «Ардонская ЦРБ» ГБУЗ «Дигорская ЦРБ» ГБУЗ «Ирафская ЦРБ» ГБУЗ «Кировская ЦРБ» ГБУЗ «Моздокская ЦРБ» ГБУЗ «Правобережная ЦРКБ» ГБУЗ «Пригородная ЦРБ»
--	--

* Решение о виде и объеме оперативного вмешательства, место ее проведения принимается после консультации с врачом сердечно-сосудистым хирургом ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания, в том числе с использованием возможностей телемедицины.

4.2. Пациентам со старыми ишемическими церебральными событиями (транзиторной ишемической атакой или ишемическим инсультом в бассейне внутренней сонной артерии), находящимся на стационарном лечении в РСЦ и ПСО, при отсутствии в них соответствующих профильных отделений (ПСО) организуется консультация врача сердечно-сосудистого хирурга и/или врача-нейрохирурга ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания, в том числе с использованием возможностей телемедицины.

4.4. Консультации профильных специалистов осуществляются в соответствии с действующим приказом Министерства здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания, регламентирующим порядок оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

4.6. Перевод пациентов между медицинскими организациями Республики Северная Осетия-Алания осуществляется силами учреждения, где находится пациент.

4.7. При выявлении у пациентов, находящихся на стационарном лечении в медицинских организациях, не включенных в приложение 1 к настоящему приказу, показаний для проведения реконструктивных вмешательств на экстракраниальных отделах церебральных артерий, им должно быть рекомендовано обратиться после выписки в медицинские организации, к которым они прикреплены для получения первичной медико-санитарной помощи, в целях направления на консультации в ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания.

Приложение 7

к Регламенту маршрутизации пациентов
со стенотическим поражением
экстракраниальных отделов
брахиоцефальных артерий

Список контактов ответственных лиц всех служб, задействованных в оказании медицинской помощи

1. Главный внештатный специалист невролог Министерства здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания Дзугаева Ф.К., тел. 8-918-828-00-88
2. Главный внештатный специалист сосудистый хирург Министерства здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания Дзугцев В.Р. тел. 8-989-036-19-86
3. Главный внештатный специалист по лучевой и инструментальной диагностике Министерства здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания Георгиади С.Г. тел. 8-918-822-05-71
4. Главный внештатный специалист по ультразвуковой диагностике Министерства здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания Задиева И.Н. тел. 8-928-480-59-40
5. Заведующий отделением сосудистой хирургии ФГБУ «СК ММЦ» Минздрава России Баскаев Ч.Ю. тел. 8-928-864-20-22
6. Врачи ультразвуковой диагностики Клинической больницы ФГБОУ ВО «СОГМА» Минздрава России:
 - Гассиева М.Б. тел. 8-906-494-18-65,
 - Дзгоева И.В. тел. 8-928-488-81-82
7. Врачи лучевой диагностики ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания РСЦ:
 - Байрамова А.К. тел. 8-918-704-65-68
 - Тахоева З.Д. тел. 8-918-826-39-61
8. Врач ультразвуковой диагностики ГБУЗ «МЦРБ» МЗ РСО-Алания Попанцева М.А. тел. 8-928-489-44-54
9. Врачи лучевой диагностики ГБУЗ «МЦРБ» Минздрава РСО-Алания:
 - Бурнацев М. К 8-928-48-88-820
 - Айдаров Д.Х. 8-960-40-59-888
10. Врач ультразвуковой диагностики ГБУЗ «Ардонская ЦРБ» МЗ РСО-Алания Купеева В.В. тел. 8-909-477-17-17
11. Врач ультразвуковой диагностики ГБУЗ «Поликлиника № 1» МЗ РСО-Алания Сопоева Р.Ю. тел. 8-960-400-10-34
12. Врачи ультразвуковой диагностики ГБУЗ «Поликлиника № 4» МЗ РСО-Алания:
 - Савлаева Ф.Ц. тел. 8-918-823-86-33

Валишвили Л.А. тел. 8-963-178-44-55

13. Врач ультразвуковой диагностики ГБУЗ «Поликлиника № 7» МЗ РСО-Алания Харебова А.Р. тел. 8-928-202-63-26

14. Врач ультразвуковой диагностики ГБУЗ «Пригородная ЦРБ» МЗ РСО-Алания Саутиева А. А. тел. 8-988-872-00-74

15. Врач ультразвуковой диагностики ГБУЗ «Кировская ЦРБ» МЗ РСО-Алания Хаблиева В.Б. тел. 8-918-826-08-48

16. Врачи лучевой диагностики ФГБУ «СК ММЦ» Минздрава России:
Георгиади С.Г. тел. 8-918-822-05-71

Акоева Т.Г. тел. 8-960-405-77-87

Гурциев Х. Н. тел. 8-918-825-17-85

17. Врачи лучевой диагностики Клинической больницы ФГБОУ ВО «СОГМА» Минздрава России:

Созаонти З.Р. тел. 8-918-824-14-74

Геуркова К.Э. тел. 8-928-072-53-52

РЕГЛАМЕНТ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМИ И НЕОТЛОЖНЫМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ СОСТОЯНИЯМИ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ОКС)

1. Медицинская помощь пациентам с острыми и неотложными сердечно-сосудистыми состояниями оказывается в соответствии с Клиническими рекомендациями «Фибрилляция и трепетание предсердий», «Артериальная гипертензия у взрослых», «Брадиаритмии и нарушения проводимости», «Хроническая сердечная недостаточность», «Наджелудочковые тахикардии», «Желудочковые нарушения ритма. Желудочковые тахикардии и внезапная сердечная смерть», «Легочная гипертензия, в том числе хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия», «Миокардиты», одобренными Научно-практическим Советом Минздрава России в 2020 г и «Перикардиты», одобренными Научно-практическим Советом Минздрава России в 2022 г и с учетом соответствующих стандартов.

2. Медицинская помощь в экстренной и неотложной форме пациентам с ССЗ (за исключением ОКС) в стационарных условиях оказывается только в медицинских организациях, имеющих в своем составе кардиологические койки и койки реанимации и интенсивной терапии.

3. Показанием для экстренной госпитализации в кардиологическое отделение является: наличие или подозрение на наличие у пациента следующих заболеваний и (или) состояний:

3.1. жизнеугрожающие и дестабилизирующие гемодинамику нарушения ритма и проводимости сердца;

3.2. фибрилляция предсердия с нарушением гемодинамики (пресинкопальные или синкопальные состояния, гипотония, признаки ишемии миокарда) вне зависимости от давности пароксизма и формы ФП и/или ФП с частым желудочковым ответом (>180 в минуту).

3.3. пароксизм ФП сроком до 48 часов при неэффективной попытке медикаментозной кардиоверсии или противопоказаниях к медикаментозной кардиоверсии.

3.4. Остро возникшая брадиаритмия, требующая неотложной помощи.

3.5. состояния, требующие временной стимуляции сердца.

3.6. нарушения гемодинамики, связанные с брадиаритмиями или дисфункциями ЭКС

3.7. острая дисфункция ЭКС, требующая хирургической коррекции.

3.8. желудочковая тахиаритмия с признаками артериальной гипотонии, острой левожелудочковой недостаточности, ангинозного синдрома, ухудшения мозгового кровообращения.

3.9. пароксизмальная желудочковая тахикардия в случае отсутствия эффекта от неотложной терапии,

3.10. успешно купированный на догоспитальном этапе приступ желудочковой тахикардии при наличии структурной патологии сердца или при отсутствии результатов кардиологического обследования, при наличии сопутствующих заболеваний, высоком риске развития осложнений.

3.11. осложненные формы гипертонического криза;

3.12. гипертонический криз, не купирующийся на догоспитальном этапе;

3.13. гипертонический криз при феохромоцитоме;

3.14. гипертонический криз с выраженными явлениями гипертонической энцефалопатии;

3.15. осложнения АГ, требующие интенсивной терапии: инсульт, ОКС, субарахноидальное кровоизлияние, острые нарушения зрения, отек легких, расслоение аорты, почечная недостаточность, эклампсия.

3.16. хроническая форма ишемической болезни сердца, сопровождающаяся нестабильной гемодинамикой и(или) прогрессированием коронарной и(или) сердечной и (или) церебральной сосудистой недостаточности;

3.17. хроническая сердечная недостаточность с декомпенсацией сердечной недостаточности, нестабильностью гемодинамики и наличии жизнеугрожающих нарушений ритма (к жизнеугрожающим состояниям при декомпенсации сердечной недостаточности относятся отек лёгких, купированный или не купированный на догоспитальном этапе, кардиогенный шок, повышение ФК NYHA ХСН на два уровня, гипотония (САД менее 90 мм рт.ст.) и высокий риск острой левожелудочковой недостаточности, гипертония (САД более 180 мм рт.ст.) или пароксизмальные нарушения ритма с явлениями декомпенсации хотя бы по одному кругу кровообращения, частота дыхания >25/мин, ЧСС менее 40 или более 130 уд/мин, жизнеугрожающие нарушения ритма, или потребность удвоения в/в петлевых диуретиков без эффективного диуретического ответа, а также необходимость в интубации, наличие симптомов гипоперфузии, сатурация кислородом (SpO₂) менее 90% (несмотря на терапию кислородом), использование дополнительного усиления дыхательных мышц.

3.18. острый аортальный синдром;

3.19. легочная артериальная гипертензия, осложнения декомпенсацией правожелудочковой сердечной недостаточностью с системной гипотензией и/или олигоурией;

3.20. острая тромбоэмболия легочной артерии;

3.21. рецидивирующие синкопальные состояния как проявления синдрома малого выброса.

3.22. подозрение на миокардит у гемодинамически нестабильного пациента;

3.23. острый перикардит;

3.24. тампонада сердца;

3.25. бактериальный перикардит;

3.26. острый миоперикардит;

3.27. другие заболевания сердечно-сосудистой системы, сопровождающаяся нестабильной гемодинамикой.

4. В случае диагностики состояния, указанного в п. 3 настоящего приложения медицинскими работниками скорой медицинской помощи, они обеспечивают проведение мероприятий по устранению угрожающих жизни состояний и

транспортируют пациента в дежурный стационар согласно утвержденной схеме маршрутизации (приложение 1 к настоящему Регламенту).

5. В случае диагностики у пациента состояния, указанного в п. 3 настоящего приложения медицинскими работниками первичного звена, они обеспечивают проведение мероприятий по устранению угрожающих жизни состояний и вызывают бригаду скорой медицинской помощи для оказания скорой медицинской помощи и транспортировки пациента в дежурный стационар согласно утвержденной схеме маршрутизации (приложение 1 к настоящему Регламенту).

6. В случае диагностики состояния указанного в п. 3 настоящего приложения у пациента находящегося на лечении в непрофильном стационаре, медицинскими работниками непрофильного стационара обеспечивается проведение мероприятий по устранению угрожающих жизни состояний. При определении у пациента показаний для его перевода в профильный стационар, информация о пациенте с обоснованием необходимости его перевода передается в профильный стационар через МИС в течение 30 минут с определения показаний для перевода. Уполномоченный специалист профильного согласовывает перевод пациента или дает обоснованный отказ в переводе в течение 30 минут с момента получения информации. (форма направления и краткого медицинского заключения, согласования перевода или мотивированного отказа в переводе представлены в приложении 2 к настоящему регламенту).

7. Транспортировка пациента в профильный стационар из другой медицинской организации осуществляется бригадой скорой медицинской помощи. Перед началом транспортировки медицинский работник скорой медицинской помощи посредством любого доступного вида связи информирует дежурного врача профильного стационара транспортируемом пациенте.

8. Одновременно с пациентом, переводимом из непрофильного стационара передается медицинское заключение на бумажном носителе с указанием Ф.И.О. больного, возраста, диагноза, и кратким обоснованием диагноза и необходимости перевода и результатами проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, Ф.И.О. и контактного телефона медицинского работника, направившего больного в РСЦ.

9. В случае самостоятельного обращения в профильный стационар и диагностики у пациента состояния, указанного в п. 3 настоящего приложения, решение о госпитализации принимается дежурным врачом профильного стационара с оформлением записи в учетной документации медицинской организации и медицинской документации пациента.

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

11. В случае отказа в госпитализации, уполномоченные специалисты профильного стационара, отказавшие в госпитализации, оформляют мотивированный отказ в госпитализации на бланке медицинской организации, который прикладывается к карте вызова скорой медицинской помощи, а при самостоятельном обращении пациента - выдается на руки пациенту и направляется в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь через МИС.

12. Мотивированный отказ в госпитализации должен содержать: дату и время поступления пациента; порядок поступления пациента (самостоятельное обращение, доставление выездной бригадой скорой медицинской помощи, направление медицинской организацией); фамилию, имя, отчество (при наличии) пациента и дату его рождения (число, месяц, год); диагноз заболевания (состояния) и код по МКБ-10*(4); перечень, объем и результаты проведенных пациенту медицинских вмешательств с целью определения медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи; причину отказа в госпитализации (отсутствие медицинских показаний, отказ пациента); рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению пациента.

Приложение 1
к Регламенту оказания медицинской
помощи пациентам с острыми и неотложными
сердечно-сосудистыми состояниями
(за исключением ОКС)

**Перечень медицинских организаций, участвующих в оказании
специализированной помощи пациентам с острыми и неотложными
состояниями в условиях стационара с определением зоны и времени
ответственности**

МО	Неотложные состояния, при которых осуществляется госпитализация	Расположение МО	Зона и время ответственности
ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО- Алания/РСЦ	Состояния указанные в пп. 3.1-3.10; 3.18; 3.24 настоящего регламента	г. Владикавказ, ул. Барбашова., 39	Территория РСО- Алания, 7/24
ГБУЗ «РКБ» СМП МЗ РСО- Алания/РСЦ	Состояния указанные в пп. 3.11-3.17; 3.19-3.23; 3.25-3.27 настоящего регламента	г. Владикавказ, ул. Иристонская, 45	Территория РСО- Алания 7/24
ГБУЗ «Моздокская ЦРБ»/ ПСО	Состояния указанные в пп. 3.1-3.17; 3.19-3.23; 3.25-3.27 настоящего регламента	г. Моздок, ул. Мира, 2	Территория Моздокского района7/24

Приложение 2
к Регламенту оказания медицинской
помощи пациентам с острыми и неотложными
сердечно-сосудистыми состояниями
(за исключением ОКС)

Типовая форма «Направление и краткое медицинское заключение на пациента, находящегося на лечении в непрофильном стационаре для согласования его перевода профильный кардиологический стационар»

1.	Наименование МО, направляющей пациента в РСЦ	
2.	Ф.И.О. пациента, дата рождения	
3.	Клинический диагноз	
4.	Неотложное состояние, требующее перевода профильный стационар	
4.	Дата и время передачи запроса на перевод в профильный стационар	
5.	Обоснование необходимости перевода в профильный стационар с указанием клинических данных и данных дополнительных методов исследования, подтверждающих необходимость перевода	
6.	Объем проведенных медицинских вмешательств	
7.	ФИО медицинского работника, направляющего пациента в РСЦ. Контактные данные для получения официального ответа РСЦ	

Форма «Мотивированный отказ в госпитализации/перевод в профильный кардиологический стационар»

1.	Наименование МО	
2.	Ф.И.О. пациента, дата рождения	
3.	Дата и время самостоятельного обращения или доставки пациента в бригадой СМП в МО	
4.	Направившее учреждение	
5.	Диагноз направившего учреждения (при наличии)	
6.	Диагноз, установленный в специализированном стационаре	
7.	Клинические данные (в том числе лабораторные и инструментальные), подтверждающие установленный в специализированном стационаре диагноз	
8.	Причина отказа в госпитализации (отсутствие медицинских показаний, отказ пациента, другое);	

9.	Рекомендации по дальнейшему ведению пациента	
10.	Дата и время отказа в госпитализации в профильный стационар	
11.	ФИО медицинского работника, принявшего решение об отказе в госпитализации/переводе пациента в профильный стационар	

РЕГЛАМЕНТ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1. Медицинская помощь пациентам с хроническими ССЗ оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и с Клиническими рекомендациями «Фибрилляция и трепетание предсердий», «Артериальная гипертензия у взрослых», «Брадиаритмии и нарушения проводимости», «Хроническая сердечная недостаточность», «Наджелудочковые тахикардии», «Желудочковые нарушения ритма. Желудочковые тахикардии и внезапная сердечная смерть», «Легочная гипертензия, в том числе хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия», «Миокардиты», одобренными Научно-практическим Советом Минздрава России в 2020 г и «Перикардиты», одобренными Научно-практическим Советом Минздрава России в 2022 г с учетом соответствующих стандартов

2. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь пациентам с ССЗ в плановом порядке оказывается медицинскими организациями, вне зависимости от формы собственности, имеющими соответствующую лицензию и имеющими в своем составе кардиологические койки и койки реанимации и интенсивной терапии.

3. Показанием для плановой госпитализации в специализированный стационар является наличие или подозрение на наличие у пациента следующего заболевания и (или) состояния:

3.1. при наличии у пациента артериальной гипертензии:

3.1.1. неясность диагноза и необходимость в специальных методах исследования (использование диагностических процедур, проведение которых невозможно или нецелесообразно в условиях поликлиники) для уточнения причины повышения АД (исключение симптоматических АГ);

3.1.2. трудности в подборе медикаментозной антигипертензивной терапии (сочетанная патология, частые гипертонические кризы);

3.1.3. рефрактерная АГ.

3.2. При наличии у пациента а брадиаритмии:

3.2.1. появление симптоматики, потенциально ассоциированной с брадикардией (обморок, предобморочное состояние, слабость, головокружение и др.).

3.2.2. Ухудшение состояния и нарастание симптоматики, связанной с брадиаритмией.

3.2.3. Для плановой имплантации или замены имплантированного постоянного ЭКС.

3.2.4. При дисфункции имплантированного ЭКС, требующей хирургического вмешательства.

3.2.5. При инфекционных осложнениях, связанных с системой стимуляции.

3.2.6. В ситуациях, когда подбор антиаритмической терапии, невозможен в амбулаторных условиях или сопряжен с высоким риском осложнений

3.3. При наличии у пациента хронической сердечной недостаточности

3.3.1. При ухудшении состояния (в случае рецидивирования НЖТ, при снижении работоспособности/ переносимости физических нагрузок, а также в случаях выявления признаков прогрессирования основного заболевания сердечно-сосудистой системы на фоне проводимого лечения) для проведения обследования и лечения.

3.4. При наличии у пациента наджелудочковых нарушений ритма

3.4.1. невозможность проведения диагностических и/или лечебных мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях;

3.4.2. необходимость постоянного врачебного наблюдения не менее 3-х раз в сутки;

3.4.3. необходимость круглосуточного выполнения лечебных процедур не менее 3-х раз в сутки;

3.4.4. территориальная отдаленность больного от стационара (с учетом потенциально возможного ухудшения течения заболевания);

3.4.5. неэффективность амбулаторного лечения у пациентов с частыми рецидивами НЖТ.

3.5. При наличии у пациента желудочковых нарушений ритма

3.5.1 впервые возникшая симптомная желудочковая экстрасистолия, сопровождающаяся развитием или значительным усугублением сердечной недостаточности.

3.5.2 впервые возникшие или рецидивирующие эпизоды желудочковой тахикардии.

3.5.3 прогрессирование основного заболевания в случаях, когда аритмия не является гемодинамически значимой.

3.5.4 при неэффективности догоспитального лечения симптомных хронических стабильных ЖЭ, НЖТ, медленных ЖТ.

3.6. При наличии у пациента легочной гипертензии

3.6.1. для верификация легочной гипертензии, ее гемодинамического варианта и этиологии;

3.6.2. для выполнение вазореактивного теста (при наличии показаний);

3.6.3. для определение показаний для начала специфической терапии антигипертензивными препаратами для лечения ЛАГ и ее объема;

3.6.4. для определение показаний к трансплантации легких или комплекса сердце-легкие;

3.6.5. при беременности и родоразрешении;

- 3.6.6. при экстракардиальных хирургических вмешательствах;
- 3.6.7. при неэффективности специфической терапии на амбулаторном этапе.
- 3.7. При подозрении на миокардит у гемодинамически стабильного пациента, имеющего клинические проявления сердечной недостаточности на уровне II-IV ФК и документированную систолическую дисфункцию ЛЖ по ЭХОКГ
- 3.8. При наличии у пациента перикардита:
 - 3.8.1. неясность диагноза и необходимость в специальных методах исследования (использование диагностических процедур, проведение которых невозможно или нецелесообразно в условиях поликлиники) для уточнения причины повышения перикардального выпота;
 - 3.8.2. трудности в подборе медикаментозной терапии (рецидивирующий перикардит).
- 3.9. При наличии риск развития осложнений при проведении пациенту медицинских вмешательств, связанных с диагностикой и лечением;
- 3.10. При отсутствие возможности оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях дневного стационара в связи с возрастом пациента (дети, престарелые граждане) и инвалидностью I группы.

4. Определение наличия медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной) в плановой форме в стационарных условиях или в условиях дневного стационара, осуществляется лечащим врачом.

5. Определение наличия медицинских показаний для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в плановой форме, осуществляется врачебной комиссией медицинской организации. Решение врачебной комиссии медицинской организации оформляется протоколом с записью в медицинской документации пациента.

6. В случае самостоятельного обращения пациента в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь, определение медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи осуществляется врачом-специалистом (врачами-специалистами) профильного стационара в соответствии с локальным нормативным актом медицинской организации с оформлением записи в учетной документации медицинской организации и медицинской документации пациента.

7. В случае если в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих плановую медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать пациента (законного представителя пациента) о возможности выбора медицинской организации в установленном порядке с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой и утвержденной маршрутизации.

8. В случае выявления показаний для оказания медицинской помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью, направление такого пациента в приоритетном порядке осуществляется в кардиологическом отделении Клинической больницы ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России, с учетом права выбора пациентом медицинской организации в установленном порядке.

9. В случае отказа в госпитализации, уполномоченные специалисты профильного стационара, отказавшие в госпитализации, оформляют мотивированный отказ в госпитализации на бланке медицинской организации, который передается в медицинскую организацию, направившую пациента для оказания плановой специализированной помощи через систему МИС, а при самостоятельном обращении пациента дополнительно на руки пациенту.

10. Мотивированный отказ в госпитализации должен содержать: дату и время поступления пациента; наименование направившей медицинской организации; фамилию, имя, отчество (при наличии) пациента и дату его рождения (число, месяц, год); диагноз заболевания (состояния) и код по МКБ-10*(4); перечень, объем и результаты проведенных пациенту медицинских вмешательств с целью определения медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи; причину отказа в госпитализации (отсутствие медицинских показаний, отказ пациента); рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению пациента.

РЕГЛАМЕНТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С НМИЦ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ

1. Телемедицинские консультации с НМИЦ проводятся при оказании медицинской помощи в дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой с целью получения:

а) заключения медицинского работника сторонней медицинской организации, привлекаемого для проведения консультации и (или) участия в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий (далее - 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;

б) 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. В целях идентификации и аутентификации участников дистанционного взаимодействия при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий используется единая система идентификации и аутентификации и .МИС.

3. Консультации (консилиумы врачей, виртуальные обходы) при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий проводятся в режиме реального времени и (или) отложенных консультаций.

4. Консультации (консилиумы врачей, виртуальные обходы) с применением телемедицинских технологий могут проводиться, как в экстренной форме (в сроки от 30 минут до 2 часов с момента поступления запроса) и неотложной форме (в сроки от 3 до 24 часов с момента поступления запроса), так и в плановой форме.

5. Участниками консультаций (консилиумов врачей) при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной формах являются:

а) лечащий врач;

б) консультант (врачи - участники консилиума).

6. Необходимость проведения консультации (консилиума врачей) при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в экстренной и неотложной формах устанавливает лечащий врач.

7. Предварительно лечащий врач обеспечивает проведение обследования пациента по имеющемуся у пациента заболеванию или состоянию, по которому требуется консультация (консилиум врачей).

8. Лечащий врач формирует заявку на консультацию (Форма заявки представлена в приложении 1 к настоящему регламенту), подготавливает клинические данные пациента (данные осмотра, диагностических и лабораторных исследований, иные данные) в электронном виде.

9. Медицинская организация, запрашивающая телемедицинскую консультацию направляет заявку на консультацию и медицинское заключение на пациента в Центр телемедицинских консультаций ГБУЗ РКБ Минздрава РСО-Алания по адресу: rkbsekretar@mail.ru и информирует о поданной заявке уполномоченное лицо по телефону +7(928)0671248 или +7(918)8235067.

10. Уполномоченное лицо Центра телемедицинских консультаций ГБУЗ РКБ Минздрава РСО-Алания, вносит полученную заявку на телемедицинскую консультацию в Систему в течение 24 часов с момента поступления запроса, и обеспечивает дистанционный доступ к соответствующим медицинским данным пациента консультанту (врачам - участникам консилиума).

11. Консультация с применением телемедицинских технологий считается завершённой после получения запросившей медицинского заключения по результатам консультации или протокола консилиума врачей или предоставления доступа к соответствующим данным и направления уведомления по указанным контактным данным запросившей организации. В случае проведения консилиума врачей протокол консилиума врачей подписывается всеми участниками консилиума.

12. Документирование информации о проведении консультации с применением телемедицинских технологий, включая внесение сведений в медицинскую документацию, осуществляется с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи.

13. Материалы, полученные по результатам дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой, подлежат хранению. Хранение документации, осуществляется в течение сроков, предусмотренных для хранения соответствующей первичной медицинской документации. Срок хранения сопутствующих материалов составляет один год.

14. Предоставление документации (их копий) и выписок из них пациенту (или его законному представителю) осуществляется в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

15. Перечень заболеваний (кодов МКБ 10) и состояний, по которым обязательна дистанционная консультация/ консилиум национального медицинского исследовательского центра с применением телемедицинских технологий по профилям «кардиология» и «сердечно-сосудистая хирургия» представлена в приложении 2 к настоящему регламенту.

16. Направления пациентов 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 осуществляется в

соответствии с приказом Министерства
Российской Федерации от 23 декабря 2020 г. N 1363н.

здравоохранения

Приложение 1
к Регламенту взаимодействия с НМИЦ и федеральными
медицинскими организациями

Форма заявки для проведения телемедицинской консультации.

В запросе (карточке по пациенту) заполняются **ВСЕ ячейки** (необходимо указывать верную дату рождения, прописывать полностью основной диагноз и вопросы к консультантам, а так же указывать тип запроса согласно статусу пациента.

Пол	
Дата рождения	
Вес	
Рост	
Фамилия	
Имя	
Отчество	
СНИЛС	
Полис ОМС	
Тип запроса (указывается согласно статусу пациента)	-Плановый (72 часа) -Неотложный (24 часа) -Экстренный (2 часа)
Диагноз основной	
Диагноз дополнительный	
Код МКБ-10 (по основному заболеванию)	
Цель консультации: (необходимо выбрать)	-Уточнение диагноза -Уточнение тактики лечения -Запрос на лекарственное обеспечение -Определение возможности в МО более высокого уровня
Дополнительные вопросы к консультанту (необходимо прописать Ваш вопрос к врачу-консультанту НМИЦ)	
Профиль консультации (кардиология, аритмология, неврология, сердечно-сосудистая хирургия и т.д.)	
Пациент находится в стационаре: (необходимо выбрать)	-Да -Нет
Лечащий врач (от направляющей МО) (указываете необходимого врача- консультанта)	
Данные исследований (обязательно необходимо прикрепить к запросу)	- Актуальная выписка (обязательно!!!) - Обследования (при наличии) - Анализы (обязательно! срок давности не более 7 дней!)
Медицинская организация (кому направляем в какой НМИЦ)	
Консультант (указываете необходимого врача-консультанта)	

Приложение 2
к Регламенту взаимодействия с НМИЦ и федеральными
медицинскими организациями

Код МКБ-10	Уточняющие состояния	Ответственные НМИЦ
I10 Эссенциальная [первичная] гипертензия	Рефрактерная к медикаментозной терапии	НМИЦ им. В.А. Алмазова, НМИЦ кардиологии, НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина
I25.3 Аневризма сердца		НМИЦ им. В.А. Алмазова, НМИЦ им. ак. Е.Н.Мешалкина, НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева НМИЦ кардиологии
I25.4 Аневризма коронарной артерии и расслоение		НМИЦ им. В.А. Алмазова, НМИЦ им. ак. Е.Н.Мешалкина, НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева НМИЦ кардиологии
I27.0 Первичная легочная гипертензия I27.2 Другая вторичная легочная гипертензия I27.8 Другие уточненные формы легочно-сердечной недостаточности		НМИЦ им. В.А. Алмазова, НМИЦ им. ак. Е.Н.Мешалкина, НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева, НМИЦ кардиологии
I30 Острый перикардит		НМИЦ им. В.А. Алмазова, НМИЦ им. ак. Е.Н.Мешалкина, НМИЦ кардиологии
I33 Острый и подострый эндокардит		НМИЦ им. В.А. Алмазова, НМИЦ им. ак. Е.Н.Мешалкина, НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева
I40 Острый миокардит		НМИЦ им. В.А. Алмазова, НМИЦ им. ак. Е.Н.Мешалкина, НМИЦ кардиологии
I42.1 Обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия		НМИЦ им. В.А. Алмазова, НМИЦ им. ак. Е.Н.Мешалкина, НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева
I47.2 Желудочковая тахикардия		НМИЦ им. В.А. Алмазова, НМИЦ им. ак. Е.Н.Мешалкина, НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева, НМИЦ кардиологии
I50 Сердечная недостаточность	ФВ менее 35%	НМИЦ им. В.А. Алмазова, НМИЦ им. ак. Е.Н.Мешалкина, НМИЦ кардиологии
I71.0 Расслоение аорты (любой части)		НМИЦ им. В.А. Алмазова, НМИЦ им. ак. Е.Н.Мешалкина, НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева, НМИЦ кардиологии

<p>I72 Другие формы аневризмы и расслоения, в части:</p> <p>I72.0 Аневризма и расслоение сонной артерии</p> <p>I72.1 Аневризма и расслоение артерии верхних конечностей</p> <p>I72.2 Аневризма и расслоение почечной артерии</p> <p>I72.3 Аневризма и расслоение подвздошной артерии</p> <p>I72.4 Аневризма и расслоение артерии нижних конечностей</p> <p>I72.5 Аневризма и расслоение других прецеребральных артерий</p> <p>I72.6 Аневризма и расслоение позвоночной артерии</p> <p>I72.8 Аневризма и расслоение других уточненных артерий</p> <p>I72.9 Аневризма и расслоение неуточненной локализации</p>		<p>НМИЦ им. В.А. Алмазова, НМИЦ им. ак. Е.Н.Мешалкина, НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева, НМИЦ кардиологии</p>
<p>I77.3 Мышечная и соединительнотканная дисплазия артерий</p>		<p>НМИЦ им. В.А. Алмазова, НМИЦ им. ак. Е.Н.Мешалкина, НМИЦ кардиологии</p>
<p>D 15.1 Доброкачественные образования сердца</p>		<p>НМИЦ им. В.А. Алмазова, НМИЦ им. ак. Е.Н.Мешалкина, НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева</p>
<p>Q20.0-20.9 Пороки сердечных камер и соединений</p> <p>Q21.3 Тетрада Фалло</p> <p>Q22.0-22.9 Пороки развития легочного и трехстворчатого клапанов</p> <p>Q24.5 Аномалия развития коронарных сосудов</p> <p>Q25.0-25.9 Пороки развития крупных артерий</p> <p>Q25.4 Другие врожденные аномалии аорты</p>		<p>НМИЦ им. В.А. Алмазова, НМИЦ им. ак. Е.Н.Мешалкина, НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева</p>

Q87.4 Синдром Марфана		НМИЦ им. В.А. Алмазова, НМИЦ им. ак. Е.Н.Мешалкина, НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева,НМИЦ кардиологии
Беременность на фоне значимой сердечно- сосудистой патологии		НМИЦ им. В.А. Алмазова, НМИЦ им. ак. Е.Н.Мешалкина, НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева, НМИЦ кардиологии

МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

1. Пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями, получившие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, могут направляться для медицинской реабилитации в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации.

2. Медицинская реабилитация осуществляется на трех этапах:

2.1. на первом этапе медицинская реабилитация осуществляется в структурных подразделениях медицинской организации, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях по профилям: неврология, сердечно-сосудистая хирургия, кардиология, нейрохирургия.

2.2. на втором этапе медицинская реабилитация осуществляется при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях в отделениях медицинской реабилитации и санаторно-курортных организациях.

2.3. на третьем этапе медицинская реабилитация осуществляется при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара (амбулаторное отделение медицинской реабилитации, отделение медицинской реабилитации дневного стационара), в том числе в санаторно-курортных организациях.

3. Медицинская реабилитация на втором этапе осуществляется по направлению лечащего врача медицинской организации, осуществляющего медицинскую реабилитацию на первом этапе, либо по направлению врача-специалиста медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.

4. Порядок взаимодействия медицинских организаций при оказании медицинской реабилитации осуществляется в соответствии приказом Минздрава России от 2 декабря 2014 г. N 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи».

5. Медицинская реабилитация оказывается в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».

Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями по профилю «Медицинская реабилитация» на территории Республики Северная Осетия

№ п/п	Наименование медицинской организации	Территория обслуживания	Профиль медицинской помощи
1.	ГБУЗ «Моздокская центральная районная больница» МЗ РСО-Алания	РСО-Алания	врач по лечебной физкультуре, врач-физиотерапевт, врач-рефлексотерапевт
2.	ГБУЗ «Пригородная центральная районная больница» МЗ РСО-Алания	РСО-Алания	врач по лечебной физкультуре, врач-физиотерапевт, врач-рефлексотерапевт
3.	ГБУЗ «Поликлиника № 1» МЗ РСО-Алания	РСО-Алания	врач по лечебной физкультуре, врач-физиотерапевт, врач-рефлексотерапевт
4.	ГБУЗ «Поликлиника № 4» МЗ РСО-Алания	РСО-Алания	врач по лечебной физкультуре, врач-физиотерапевт, врач-рефлексотерапевт
5.	ГБУЗ «Поликлиника № 7» МЗ РСО-Алания	РСО-Алания	врач по лечебной физкультуре, врач-физиотерапевт, врач-рефлексотерапевт

Зоны ответственности медицинских организаций, оказывающих специализированную стационарную медицинскую помощь пациентам с сердечно - сосудистыми заболеваниями по профилю «Медицинская реабилитация» на территории Республики Северная Осетия-Алания

№ п/п	Наименование медицинской организации	Нарушение функций	Территория
1.	ГБУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РСО-Алания	Медицинская реабилитация ЦНС и периферической НС; Медицинская кардиореабилитация	Алагирский район Ардонский район Дигорский район Ирафский район Кировский район Моздокский район Правобережный район Пригородный район г. Владикавказ
2.	ООО «Санаторно-курортное объединение «Курорты –Осетия»	Медицинская реабилитация ЦНС и периферической НС; Медицинская кардиореабилитация	Алагирский район Ардонский район Дигорский район Ирафский район Кировский район Моздокский район Правобережный район Пригородный район г. Владикавказ
3.	ФГБУЗ «СК ММЦ» Минздрава России	Медицинская реабилитация ЦНС и периферической НС; Медицинская кардиореабилитация	Алагирский район Ардонский район Дигорский район Ирафский район Кировский район Моздокский район Правобережный район Пригородный район г. Владикавказ
4.	Клиническая больница ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России	Медицинская реабилитация ЦНС и периферической НС	Алагирский район Ардонский район Дигорский район Ирафский район Кировский район Моздокский район Правобережный район Пригородный район г. Владикавказ