

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

Министерство здравоохранения <small>(не являющееся исполнительным органом)</small> Владимирской области
РЕГИСТРИРОВАНО В РЕЕСТРЕ « 18, 02 2026г.
Номер государственной регистрации № <u>43802026-002H</u>

18.02.2026

№ 2-н

*О маршрутизации пациентов с
сердечно – сосудистыми заболеваниями
на территории Владимирской области*

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения», приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», постановлением Правительства Владимирской области от 28.12.2023 № 1011 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Владимирской области», в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Владимирской области **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

1.1. Порядок маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями во Владимирской области согласно приложению № 1;

1.2. регламент маршрутизации на проведение отдельных видов диагностических исследований сердечно-сосудистой системы согласно приложению № 2;

1.3. регламент маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом согласно приложению № 3;

1.4. регламент маршрутизации пациентов с хронической сердечной недостаточностью согласно приложению № 4;

1.5. регламент маршрутизации пациентов с острым аортальным синдромом согласно приложению № 5;

1.6. регламент маршрутизации пациентов с тромбоэмболией легочной артерии согласно приложению № 6;

1.7. регламент маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (далее – ОНМК) согласно приложению № 7;

1.8. регламент маршрутизации пациентов со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий согласно приложению № 8;

Порядок маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями во Владимирской области

Порядок маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями во Владимирской области (далее – Порядок) полностью разработан в соответствии с основными правилами подготовки нормативных правовых актов. Порядок устанавливает правила оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (далее – ССЗ) в медицинских организациях Владимирской области.

Порядок создается на основе клинических рекомендаций (далее – КР), соответствует действующим порядкам и положениям об организации медицинской помощи.

Нормативно-правовые документы, использованные при разработке регионального порядка

- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями»;
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 919н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология»;
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю терапия»;
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 926н «Об утверждении порядка оказания медпомощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы»;
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения»;
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 931н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»;
- Приказ Минздрава России от 20.06.2013 N 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»;
- Приказ Минздрава России от 07.04.2025 N 169н «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения»;
- Приказ Минздрава России от 14.04.2025 N 205н «Об утверждении Правил проведения функциональных исследований»;
- Приказ Минздрава России от 13.10.2017 N 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

- Приказ Минздрава России от 06.02.2024 N 37н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов в целях обеспечения в амбулаторных условиях лекарственными препаратами лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка $\leq 40\%$, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний»;

- Приказ Минздрава России от 11.04.2025 N 193н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»;

- Приказ Минздрава России от 14.04.2025 N 206н «Об утверждении правил проведения эндоскопических исследований»;

- Приказ Минздрава России N 208н, Минтруда России N 243н от 14.04.2025 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья»;

- Приказ Минздрава России от 11.04.2025 N 186н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения»;

- Приказ Минздрава России от 08.06.2020 N 557н «Об утверждении правил проведения ультразвуковых исследований»;

- Приказ Минздрава России от 31.07.2020 N 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых»;

- Приказ Минздрава России от 09.06.2020 N 560н «Об утверждении Правил проведения рентгенологических исследований»;

- Приказ Минздрава России от 19.12.2025 N 747н «О Порядке оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»;

- Приказ Минздрава России от 23.12.2020 N 1363н «Об утверждении порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования»;

- Приказ Минздрава России от 27.04.2021 N 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

- Приказ Минздрава России от 18.05.2021 N 464н «Об утверждении Правил проведения лабораторных исследований»;

- Приказ Минздрава России от 19.08.2021 N 866н «Об утверждении классификатора работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность»;

- Приказ Минздрава России от 15.03.2022 N 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;
- Приказ Минздрава России от 21.04.2022 N 276н «Об утверждении случаев и порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи медицинскими работниками медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, вне таких медицинских организаций»;
- Приказ Минздрава России от 13.03.2023 N 104н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»;
- Приказ Минздрава России от 11.04.2025 N 185н «Об утверждении положения об организации специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»;
- Приказ Минздрава России от 14.04.2025 N 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;
- Приказ Минздрава России от 29.04.2025 N 261н «Об утверждении порядка проведения патологоанатомических вскрытий и унифицированных форм медицинской документации, используемых при проведении патологоанатомических вскрытий»;
- Постановление Правительства Владимирской области от 26.12.2025 N 827 «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Владимирской области медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов»;
- Распоряжение Правительства Владимирской области от 16.07.2025 № 353-р «Об утверждении региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями во Владимирской области на 2025-2030 годы».

Алгоритм утверждения и периодичность пересмотра Порядка

Порядок маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Владимирской области утверждается приказом Министерства здравоохранения Владимирской области с обязательным ежегодным пересмотром и актуализацией положений Порядка. При изменении инфраструктуры или схемы маршрутизации возможна более частая актуализация документа.

Медицинские организации, оказывающие консультативную помощь по профилю и осуществляющие диспансерное наблюдение, указаны в приложении № 1 к Порядку.

«Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».

При наличии показаний врачами терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами, средними медицинскими работниками пациент с подозрением на наличие или с установленным ССЗ направляется к врачу-специалисту (врачу-кардиологу, врачу-неврологу) с использованием ресурса ЕЦП. Расписание доступно в диапазоне 14 дней, обновляется ежедневно.

При отсутствии медицинских показаний к оказанию медицинской помощи в стационарных условиях пациента направляют в кардиологический кабинет МО для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи.

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

В соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи во Владимирской области на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, утвержденной постановлением Правительства Владимирской области от 26.12.2025 № 827 (далее - ТППГ), сроки проведения консультаций врачей-специалистов не должны превышать 14 рабочих дней со дня обращения пациента в МО.

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

При наличии медицинских показаний осуществляется госпитализация в экстренной, неотложной или плановой форме с момента выявления ССЗ в сроки, определенные ТППГ.

Постановка на диспансерное наблюдение после выявления сердечно-сосудистого заболевания

Диспансерное наблюдение за больными с болезнями системы кровообращения организуется в соответствии с приказом Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

Диспансерное наблюдение после выявления ССЗ устанавливается в течение 3-х рабочих дней после:

а) установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;

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

Главные врачи медицинских организаций Владимирской области, имеющих в своем составе амбулаторно-поликлиническое подразделение (поликлинику) и укомплектованных врачами кардиологами, организуют диспансерное

наблюдение пациентов.

При отсутствии врача кардиолога в медицинской организации государственной системы здравоохранения (далее – МО) обеспечивают запись пациентов через медицинскую информационную систему Владимирской области на консультацию в медицинскую организацию согласно приложению № 2 к Порядку, в том числе пациентов с легочной артериальной гипертензией; с гиперлипидемией; перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, страдающих ишемической болезнью сердца (I20.0, I20.1, I20.8, I20.9, I25.1, I25.2, I25.3, I25.5, I25.6) в сочетании с фибрилляцией предсердий (I48.0, I48.1, I48.2, I48.9) и хронической сердечной недостаточностью (I50.0, I50.1, I50.9) с эхокардиографически подтвержденным в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка $\leq 40\%$.

Диспансерное наблюдение ведет терапевт, пациентов высокого риска направляет в соответствии с маршрутизацией.

В 2026 году планируется открытие специализированных кабинетов на базе региональных сосудистых центров: антикоагулянтной терапии и для пациентов с нарушением липидного обмена. В настоящее время пациенты с нарушением липидного обмена и нуждающиеся в антикоагулянтной терапии направляются в кабинеты кардиолога согласно приложению № 2 к Порядку.

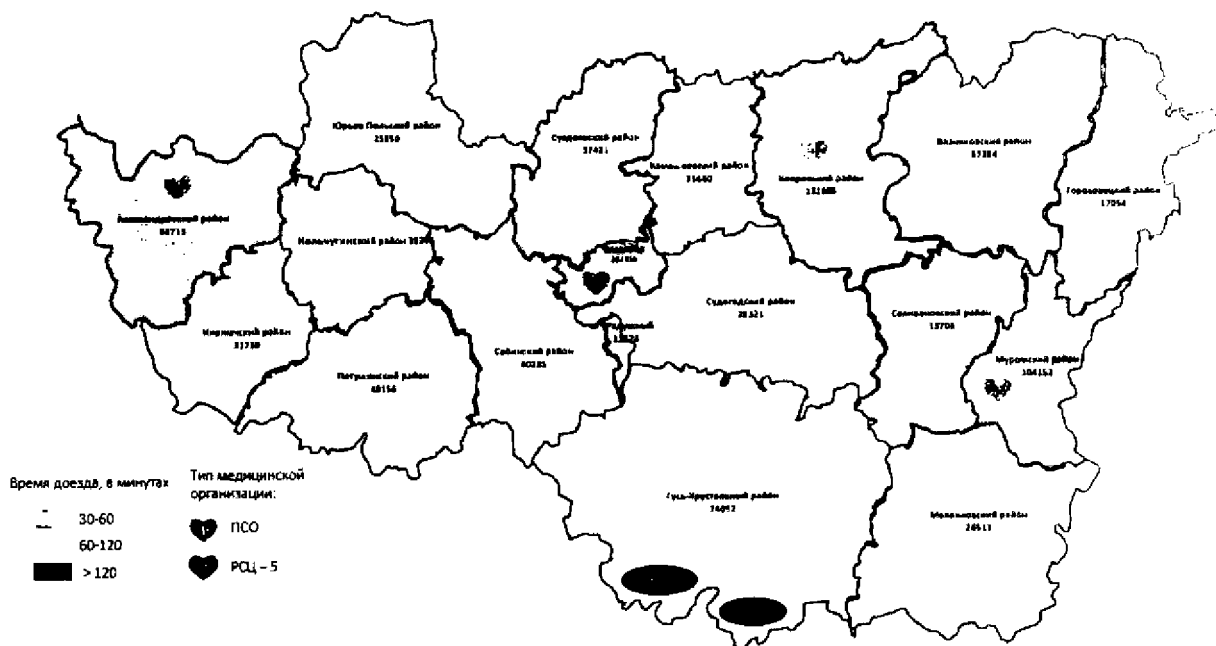
Областной кардиологический диспансер ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница» обеспечивает анализ своевременности постановки на диспансерное наблюдение и мониторинг пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в случаях, потребовавших консультативной поддержки или решения вопроса о тактике ведения в мультидисциплинарной команде специалистов при нарушениях липидного обмена; хронической сердечной недостаточности с низкой и промежуточной фракцией выброса; резистентной артериальной гипертензии, нарушениях ритма и подборе антикоагулянтной терапии.

Руководитель областного кардиологического диспансера ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница» обеспечивает:

контроль за своевременной постановкой на диспансерное наблюдение граждан, направленных из медицинских организаций Владимирской области, имеющих сердечно-сосудистые заболевания;

в случае невозможности посещения лицом, подлежащим диспансерному наблюдению, медицинской организации в связи с тяжестью состояния или нарушением двигательных функций проведение диспансерного наблюдения (осмотра, консультации) в амбулаторных условиях, в том числе на дому, или в рамках проведения телемедицинской консультации.

Перечень медицинских организаций, оказывающих пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях, в экстренной, неотложной формах



Направление на плановую госпитализацию пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Настоящий регламент устанавливает правила направления больных кардиологического профиля Владимирской области на плановую госпитализацию в профильные отделения медицинских организаций.

Направление на оказание специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной) в плановой форме осуществляется лечащим врачом (врач – терапевт, врач – кардиолог медицинской организации (поликлиники) на основании клинической картины, результатов инструментальных и лабораторных исследований). Определение показаний для высокотехнологичной медицинской помощи в плановой форме осуществляется врачебной комиссией МО, в которой пациенту оказывается первичная специализированная медико-санитарная помощь или специализированная медицинская помощь. Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор МО осуществляется в соответствии с направлением. В случае, если соответствующий вид помощи оказывает несколько МО, лечащий врач информирует гражданина о возможности выбора МО и направление заполняется в соответствии с предпочтением пациента.

Врач формирует электронное направление по форме 057-4/у через систему ЕЦП и направляет его в принимающую медицинскую организацию, где будет

осуществляться стационарная медицинская помощь.

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

Направление на экстренную/неотложную госпитализацию пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (за исключением случаев, описанных в отдельных регламентах маршрутизации)

В соответствии с приказом Минздрава России от 11.04.2025 N 185н «Об утверждении положения об организации специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи» для получения специализированной медицинской помощи в экстренной или неотложной форме пациент доставляется выездной бригадой скорой медицинской помощи или самостоятельно обращается в МО.

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

Для пациентов с ССЗ, для которых не предусмотрен отдельный регламент маршрутизации, выбор МО осуществляется в соответствии с перечнем учреждений, оказывающих помощь по профилям «кардиология», «неврология».

Согласно ТППГ, время доезда до пациента бригады скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме не должно превышать 20 минут с момента ее вызова.

Из-за неудовлетворительного состояния дорожного покрытия и дорожного движения время доезда до пациента может увеличиваться.

Перечень медицинских организаций, оказывающих пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях, в экстренной, неотложной и плановой формах, представлен в приложении № 3 к Порядку.

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

Медицинская реабилитация осуществляется медицинскими организациями в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Владимирской области от 25.02.2022 № 230 «О совершенствовании организации медицинской реабилитации взрослого населения Владимирской области».

Алгоритм организации медицинской реабилитации непосредственно после стационарной помощи утвержден приказом Министерства здравоохранения Владимирской области от 25.02.2022 № 230 «О совершенствовании организации

медицинской реабилитации взрослого населения Владимирской области».

Медицинская реабилитация включает в себя комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций. Медицинская реабилитация осуществляется независимо от сроков заболевания, при условии стабильности клинического состояния пациента и наличия перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), когда риск развития осложнений не превышает перспективу восстановления функций (реабилитационный потенциал), при отсутствии противопоказаний к проведению отдельных методов медицинской реабилитации на основании установленного реабилитационного диагноза с использованием категорий международной классификации функционирования и шкалы реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ). Маршрутизация пациентов в МО различных групп осуществляется с учетом профиля в соответствии с ШРМ:

Медицинская реабилитация осуществляется с учетом показателей ШРМ. Маршрутизации на этапы реабилитационного лечения подлежат пациенты с 2 - 6 баллов по ШРМ. Шкалы реабилитационной маршрутизации представлены в приложении № 4 к Порядку.

Первый этап медицинской реабилитации осуществляется в структурных подразделениях МО, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях на профильных койках отделений реанимации, первичного сосудистого отделения (далее - ПСО), региональных сосудистых центров (далее - РСЦ), отделений нейрохирургии, при непосредственном взаимодействии лечащего врача с членами мультидисциплинарной реабилитационной команды (далее - МДРК), существующей на базе профильного отделения или отделения ранней медицинской реабилитации.

Реабилитационное лечение на I этапе осуществляется больным, получающим медицинскую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях по профилям: «неврология», «кардиология», - в период их пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии (далее – ОРИТ) более 48 часов.

Лечащий врач, специалисты МДРК на I-м этапе медицинской реабилитации по результатам изучения медицинской документации, осмотра пациента определяют показания, сроки начала реабилитационных мероприятий, составляют индивидуальную программу реабилитационных мероприятий, определяют факторы риска и ограничивающие факторы для проведения реабилитационных мероприятий.

Лечащий врач осуществляет динамическое наблюдение за изменением состояния пациента и эффективностью проводимых реабилитационных мероприятий с соответствующей записью в медицинской карте стационарного больного, организует реализацию индивидуальной программы реабилитации пациента на основании заключения специалистов МДРК, осуществляет отбор и при наличии реабилитационного потенциала перевод пациента на II и III этап «медицинской реабилитации» (в соответствии с приказом Минздрава России от

31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» п. 14 медицинская реабилитация на первом этапе осуществляется МДРК, сформированной из числа работников отделения ранней медицинской реабилитации; п. 16 медицинская реабилитация на первом этапе осуществляется при взаимодействии МДРК с лечащим врачом и (или) врачом анестезиологом-реаниматологом; исходя из функций МДРК (приложение 2 к Приказу 788н) организует руководитель МДРК).

По окончании лечения на первом этапе лечащий врач совместно с врачами физической и реабилитационной медицины принимает решение о маршрутизации на следующие этапы реабилитации путем оценки степени зависимости пациента по ШРМ. По завершении I этапа лечения заполняется «Реабилитационный эпикриз» (п. 8 и 9 Приказа 788н), копия которого передается на II/III этапы медицинской реабилитации вместе с выписными документами, направление на ВК при наличии показаний для проведения медицинской реабилитации в МО III, IV группы.

На второй этап медицинской реабилитации маршрутизируются больные с ШРМ 3 - 6 баллов после проведения консультации специалиста по медицинской реабилитации (врач физической и реабилитационной медицины), в том числе с применением телемедицинских технологий. 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.

При ШРМ 4 - 5 баллов пациент направляется по профилю патологии на реабилитационные койки на второй этап медицинской реабилитации, в медицинскую организацию второй, третьей и четвертой групп.

При ШРМ 4 - 6 баллов в случае отсутствия изменений состояния после проведения мероприятий по медицинской реабилитации направляется на второй этап медицинской реабилитации в медицинскую организацию третьей и четвертой групп.

При ШРМ 2 - 3 балла пациент направляется на третий этап медицинской реабилитации (амбулаторное звено, в том числе дневной стационар) в медицинскую организацию первой, второй, третьей и четвертой групп. Пациент, в отношении которого проведены мероприятия по медицинской реабилитации на первом и (или) втором этапах и имеющий значения ШРМ 4 - 5 баллов, направляется на второй этап медицинской реабилитации, в медицинскую организацию второй, третьей и четвертой групп.

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

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

Алгоритм льготного лекарственного обеспечения граждан, проживающих на территории Владимирской области, перенесших острое нарушение мозгового

кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ИБС в сочетании с ФП и ХСН, подтвержденной эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев со значением фракции выброса левого желудочка $\leq 40\%$, а также которым выполнено аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, механизм и условия льготного лекарственного обеспечения граждан, прикрепленных к амбулаторно-поликлиническим подразделениям, регламентируются распоряжением Департамента здравоохранения Владимирской области от 22.04.2021 № 362 «О лекарственном обеспечении граждан, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями».

Алгоритм формирования и ведения регионального регистра пациентов, которые перенесли острое сердечно-сосудистое событие или с коморбидной патологией, подлежащих лекарственному обеспечению, утвержден распоряжением Департамента здравоохранения Владимирской области от 04.06.2020 № 388 «О порядке ведения регионального регистра лиц, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями».

Форма ежемесячного отчета по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений пациентов высокого риска, находящихся на диспансерном наблюдении, представлена в приложении № 5 к Порядку.



Приложение № 1
к Порядку

Учреждения, оказывающие консультативную помощь по профилю и
осуществляющие диспансерное наблюдение

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зоны ответственности	Профиль помощи (кардиология/нев рология/ССХ)
ГБУЗ ВО «Центральная поликлиника города Владимира»	г. Владимир, ул. Никитская, д. 5	Прикрепленное население к ГБУЗ ВО «Центральная поликлиника города Владимира»	Кардиология неврология
ГБУЗ ВО «Городская больница № 2 г. Владимира»	г. Владимир, ул. Токарева, д. 3	Прикрепленное население к ГБУЗ ВО «Городская больница № 2 г. Владимира»	Кардиология неврология
ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г. Владимира»	г. Владимир, ул. Каманина, д. 6	Прикрепленное население к ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г. Владимира»	Кардиология неврология
ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница № 5 г.Владимира имени Л.К. Кирилловой»	г. Владимир, ул. Добросельская, д. 38а	Прикрепленное население к ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница № 5 г. Владимира имени Л.К. Кирилловой»	Кардиология Неврология
ГБУЗ ВО «Городская больница № 6 г. Владимира»	г. Владимир, мкр. Юрьевец, д. 18	Прикрепленное население к ГБУЗ ВО «Городская больница № 6 г. Владимира»	Кардиология Неврология
ГБУЗ ВО «Городская больница № 7 г. Владимира»	г. Владимир, мкр. Оргтруд, д. 1	Прикрепленное население к ГБУЗ ВО «Городская больница № 7 г. Владимира»	Кардиология (совместитель) Неврология
ГБУЗ ВО «Александровская районная больница»	Владимирская область, г. Александров, ул. Восстания 1905 года, д. 9	Александровский район Кольчугинский район, Киржачский район	Кардиология Неврология
ГБУЗ ВО «Вязниковская районная больница»	Владимирская обл., г.Вязники, ул. Киселева, д.72	Вязниковский район	Кардиология Неврология
ГБУЗ ВО «Гороховецкая центральная районная больница»	Владимирская область, г. Гороховец, ул. Комсомольская, д.23.	Гороховецкий район	Кардиология Неврология
ГБУЗ ВО «Центральная районная больница № 1»	Владимирская обл., г. Гусь-Хрустальный, ул. Октябрьская, д. 39	Гусь-Хрустальный район	Кардиология неврология
ГБУЗ ВО «Камешковская	Владимирская область, г.	Камешковский район	Кардиология неврология

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зоны ответственности	Профиль помощи (кардиология/педиатрия/ССХ)
центральная районная больница»	Камешково, ул. Советская, д. 2в		
ГБУЗ ВО «Киржачская районная больница»	Владимирская область, г. Киржач, ул. Больничный проезд, д. 11-а	Приписное население ГБУЗ ВО «Киржачская районная больница»	нет нет
ГБУЗ ВО «Ковровская многопрофильная городская больница № 1»	Владимирская обл., г. Ковров, Гагарина д.2	Приписное население ГБУЗ ВО «Ковровская многопрофильная городская больница № 1»	нет неврология
ГБУЗ ВО «Ковровская городская больница №2»	Владимирская область г.Ковров, ул. Первомайская, д.23	Приписное население ГБУЗ ВО «ЦГБ г.Ковров», ГБУЗ ВО «Ковровская районная больница», Вязниковский район	Кардиология неврология
ГБУЗ ВО «Центральная городская больница города Коврова»	Владимирская область, г. Ковров, ул. Еловая, д. 5	Приписное население ГБУЗ ВО «Центральная городская больница города Коврова»	нет неврология
ГБУЗ ВО «Ковровская районная больница»	Владимирская область, Ковровский район, п.Мелехово, Школьный пер, д. 27/а	Приписное население ГБУЗ ВО «Ковровская районная больница»	Кардиология неврология
ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»	Владимирская обл., г. Кольчугино, ул. Гагарина, д.4	Приписное население ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»	нет неврология
ГБУЗ ВО «Петушинская районная больница»	Владимирская обл., Владимирская область, Петушинский район, д. Старые Петушки, ул. Шоссейная, д.3	Приписное население ГБУЗ ВО «Петушинская районная больница»	нет неврология (совм)
ГБУЗ ВО «Собинская районная больница»	Владимирская область, г. Собинка, ул. Ленина, д. 92	Приписное население ГБУЗ ВО «Собинская районная больница»	нет нет
ГБУЗ ВО «Судогодская центральная районная больница им. Пospelова»	Владимирская область, г. Судогда ул. Ленина д. 41б	Приписное население ГБУЗ ВО «Судогодская центральная районная больница им. Пospelова»	нет неврология

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зоны ответственности	Профиль помощи (кардиология/неврология/ССХ)
ГБУЗ ВО «Суздальская районная больница»	Владимирская область, г. Суздаль, ул. Гоголя, д. 1	Суздальский район	кардиология неврология
ГБУЗ ВО «Меленковская центральная районная больница»	Владимирская область, г. Меленки, ул. Союз Республик, д. 61	Меленковский район	Кардиология Неврология
ГБУЗ ВО «Юрьев-Польская центральная районная больница»	г. Юрьев-Польский, ул. 1 Мая, д. 16	Юрьев-Польский район	Кардиология нет
ГБУЗ ВО «Городская больница ЗАТО г.Радужный»	Владимирская область, г. Радужный, 9-й квартал, д. 2	Приписное население ГБУЗ ВО «Городская больница ЗАТО г.Радужный»	нет неврология
ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»	г. Владимир, ш. Судогодское, д. 41	Приписное население ГБУЗ ВО «Городская больница ЗАТО г.Радужный», ГБУЗ ВО «Судогодская центральная районная больница им. Пospelова», ГБУЗ ВО «Собинская районная больница», ГБУЗ ВО «Петушинская районная больница»	Кардиология Неврология
ООО «Первый КМЦ»	Владимирская область, г. Ковров, ул. Ватутина, 90 Контакт-центр (49232) 9-50-60	Гороховецкий, Вязниковский, Камешковский и Ковровский районы	Кардиология
Медицинские организации, оказывающие только консультативную помощь по профилю			
ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»	г. Владимир, ш. Судогодское, д. 41	Вся территория региона	Кардиология Неврология



Перечень МО, участвующих в маршрутизации пациентов для консультации
врача-кардиолога

Медицинская организация	Зоны обслуживания	Численность населения
ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»	городской округ ЗАТО г. Радужный	17 478
	Собинский муниципальный округ	47 901
	Судогодский район	33 697
	Петушинский муниципальный округ	57 751
	городской округ Покров	17 381
ГБУЗ ВО «Александровская районная больница»	Александровский район	101 322
	Киржачский район	37 873
	Кольчугинский район	46 616
ГБУЗ ВО «Центральная районная больница № 1»	городской округ Гусь-Хрустальный, Гусь-Хрустальный район	50 508+43926 = 94 434
ГБУЗ ВО «Центральная поликлиника г.Владимира»	г. Владимир Ленинский район	131 320
ГБУЗ ВО «Городская больница №4 г. Владимир»	г. Владимир Октябрьский район	108 263
	Суздальский район	46 357
	Юрьев-Польский район	30 300
	Камешковский район, населенные пункты: Круглово, Мирный, Высоково, Патакино, Суслово, Гатиха, Пенкино, Н.Быковка	2 367
	г. Владимир Фрунзенский район	101 996
ГБУЗ ВО «Гороховецкая центральная районная больница»	Гороховецкий район (без села Фоминки)	19 540-1 092= 18448
	г. Ковров, Ковровский район	127 831+29 478 = 157 309

Медицинская организация	Зоны обслуживания	Численность населения
ГБУЗ ВО «Ковровская ГБ №2 г.Коврова»	Камешковский район без населенных пунктов Круглово, Мирный, Высоково, Патакино, Суслово, Гатиха, Пенкино, Н.Быковка	30 314 – 2 367 = 27 947
	Вязниковский район (без деревни Паустово)	65 484 - 849= 64 635
ГБУЗ ВО «Меленковская центральная районная больница»	Меленковский район, Меленки	30 842
ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»	городской округ Муром, Муромский район	125 714
	Селивановский район, Селиваново	16 506
	деревня Паустово Вязниковского района село Фоминки Гороховецкого района	4 107 1 754



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

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Форма оказания и профиль помощи (кардиология/неврология/ССХ)
ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»	Владимирская область, г. Владимир, Судогодское шоссе д. 41	Экстренная, неотложная, плановая кардиология Экстренная, неотложная, плановая неврология
ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г.Владимира»	г. Владимир, ул. Каманина, д. 6	Экстренная, неотложная, плановая кардиология Экстренная, неотложная, плановая неврология
ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница № 5 г.Владимира имени Л.К. Кирилловой»	г. Владимир, ул. Добросельская, 38а	неотложная, плановая кардиология
ГБУЗ ВО «Александровская районная больница»	Владимирская обл. г. Александров, ул. Восстания 1905 года, д. 9	Экстренная, неотложная, плановая кардиология Экстренная, неотложная, плановая неврология
ГБУЗ ВО «Вязниковская районная больница»	Владимирская обл., г.Вязники, ул. Киселева, д.72	Неотложная, плановая кардиология
ГБУЗ ВО «Центральная районная больница № 1»	Владимирская обл., г. Гусь-Хрустальный, ул. Октябрьская, д. 39	плановая кардиология плановая неврология
ГБУЗ ВО «Центральная городская больница г.Коврова»	Владимирская область, г. Ковров, ул. Еловая, д. 5	Экстренная, неотложная, плановая кардиология Экстренная, неотложная, плановая неврология
ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»	Владимирская область, г. Муром, ул. Войкова, д.11-а	Экстренная, неотложная, плановая кардиология Экстренная, неотложная, плановая неврология

ГБУЗ ВО «Собинская районная больница»	Владимирская обл. г. Собинка, ул. Ленина, д. 92	Экстренная, неотложная, плановая кардиология Экстренная, неотложная, плановая неврология
ГБУЗ ВО «Юрьев-Польская центральная районная больница»	Владимирская обл., г.Юрьев-Польский, ул.1 Мая, д.16	Плановая, экстренная кардиология



Шкала реабилитационной маршрутизации

Значения показателя ШРМ (баллы)	Описание состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции и структуры организма, активность и участие пациента)	
	При заболеваниях или состояниях центральной 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; б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и до болезни	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; в) может выполнять физическую нагрузку выше обычной без слабости, сердцебиения, одышки
2	Легкое нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности	
	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 справиться с ними без посторонней помощи; б) может самостоятельно себя обслуживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовить еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается); в) не нуждается в наблюдении; г) может проживать один дома от недели и более 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 справиться с ними без посторонней помощи; б) обычная физическая нагрузка не вызывает выраженного утомления, слабости, одышки или сердцебиения. Стенокардия развивается при значительном, ускоренном или особо длительном напряжении (усилии). Тест шестиминутной ходьбы (ТШМ) > 425 м. Тесты с физической нагрузкой (велозргометрия или спироэргометрия) ≥ 125 Вт ≥ 7 МЕ; в) может самостоятельно себя обслуживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовить еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается); г) не нуждается в наблюдении; д) может проживать один дома от недели и более без посторонней помощи

	Умеренное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности	
3	<p>а) может передвигаться самостоятельно;</p> <p>б) самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет другие виды 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) 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 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 (велозергометрия/спирозергометрия) = 75 - 100 Вт/4 - 6,9 МЕ;</p> <p>в) самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет другие виды повседневной активности;</p> <p>г) нуждается в посторонней помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, похода в магазин за покупками;</p> <p>д) может проживать один дома без посторонней помощи от 1 суток до 1 недели</p>
	Выраженное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности	
4	<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 до 1 суток</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 (велозергометрия/спирозергометрия) = 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; б) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; в) нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и других; г) круглосуточно нуждается в уходе; д) не может быть оставлен один дома без посторонней помощи</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; б) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; в) нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и других; г) круглосуточно нуждается в уходе; 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; нейромышечные и коммуникативные функции глубоко нарушены; пациент может находиться в условиях структурного подразделения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реаниматология» (далее - реанимационное отделение); б) нейромышечная несостоятельность: психический статус в пределах нормы, однако глубокий двигательный дефицит (тетраплегия) и бульбарные нарушения вынуждают больного оставаться в реанимационном отделении</p>	



**Форма ежемесячного отчета по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний
и сердечно-сосудистых осложнений пациентов высокого риска, находящихся на
диспансерном наблюдении**

Номер строки	Наименование показателей	
1	Число пациентов с болезнями системы кровообращения (БСК) на 1 января текущего года (МКБ - 10: I00-I99)	
2	Число пациентов с БСК, которым был установлен диагноз с начала текущего года (нарастающий итог)(МКБ - 10: I00-I99)	
3	Число пациентов с БСК, умерших с начала текущего года (нарастающий итог)(МКБ - 10: I00-I99)	
4	Число пациентов с БСК, состоящих под диспансерным наблюдением на 1 января текущего года (МКБ - 10: I00-I99)	
5	Число пациентов с БСК из строки 2, взятых под диспансерное наблюдение с начала текущего года (нарастающий итог)(МКБ - 10: I00-I99)	
6	Всего число пациентов с БСК, взятых под диспансерное наблюдение с начала текущего года (нарастающий итог)(МКБ - 10: I00-I99)	
7	Число пациентов с БСК, снятых с диспансерного наблюдения с начала текущего года (нарастающий итог)(МКБ - 10: I00-I99)	
8	Число пациентов, перенесших сердечно-сосудистые события (ССС) в отчетном периоде (нарастающим итогом с начала текущего года), в том числе:	
8.1	Число пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ)	
8.2	Число пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)	
8.3	Число пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование (АКШ)	
8.4	Число пациентов, перенесших ангиопластику коронарных артерий со стентированием	
8.5	Число пациентов, перенесших катетерную абляцию	
8.6	Число пациентов, перенесших ИМ и АКШ	
8.7	Число пациентов, перенесших ИМ и ангиопластику коронарных артерий со стентированием	

8.8	Число пациентов, перенесших ИМ и ОНМК	
8.9	Число пациентов, перенесших иные сочетания сердечно-сосудистых событий	
9	Число пациентов с диагнозами ишемическая болезнь сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью, с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка $\leq 40\%$ (нарастающим итогом с начала текущего года)	
10	Число пациентов высокого риска (перенесших ССС) из строки 8, имеющих право на социальные льготы в соответствии с ФЗ №178 (нарастающим итогом с начала текущего года)	
11	Число пациентов высокого риска (ИБС+ФП+ХСН) из строки 9, имеющих право на социальные льготы в соответствии с ФЗ №178 (нарастающим итогом с начала текущего года)	
12	Число пациентов высокого риска (перенесших ССС) за исключением пациентов, имеющих право на социальные льготы в соответствии с ФЗ №178 (нарастающим итогом с начала текущего года)	
13	Число пациентов высокого риска (ИБС+ФП+ХСН) за исключением пациентов, имеющих право на социальные льготы в соответствии с ФЗ №178 (нарастающим итогом с начала текущего года)	
14	Всего пациентов, имеющих право на лекарственное обеспечение (ЛО) в рамках ФП «БССЗ» на 1 января текущего года	
15	Число пациентов высокого риска (перенесших ССС) из строки 12, находящихся под диспансерным наблюдением (ДН) (т.е. пациенты получившие право на ЛО в рамках ФП «БССЗ») (нарастающим итогом с начала текущего года)	
16	Всего пациентов высокого риска (перенесших ССС), имеющих право на ЛО в рамках ФП «БССЗ» (пациенты из строки 15+пациенты из строки 14, не утратившие право в связи с истечением 2 годичного срока) (нарастающим итогом с начала текущего года)	
17	Число пациентов высокого риска (ИБС+ФП+ХСН) из строки 13, находящихся под ДН (т.е. пациенты, получившие право на ЛО в рамках ФП «БССЗ») (нарастающим итогом с начала текущего года)	

18	Число пациентов высокого риска (перенесших ССС) из строки 15, обеспеченных лекарственными препаратами (рецептами) в рамках ФП «БССЗ» (нарастающим итогом с начала текущего года)	
19	Всего пациентов высокого риска (перенесших ССС) из строки 16, обеспеченных лекарственными препаратами (рецептами) в рамках ФП «БССЗ» (нарастающим итогом с начала текущего года)	
20	Число пациентов высокого риска (ИБС+ФП+ХСН) из строки 17, обеспеченных лекарственными препаратами (рецептами) в рамках ФП «БССЗ» (нарастающим итогом с начала текущего года)	
21	Всего пациентов, имеющих право на ЛО, обеспеченных лекарственными препаратами (рецептами) в рамках ФП «БССЗ» (нарастающим итогом с начала текущего года)	
22	Доля пациентов, обеспеченных лекарственными препаратами (рецептами) в рамках ФП «БССЗ»	
23	Всего рецептов, выписанных в рамках ФП «БССЗ» (нарастающим итогом с начала текущего года)	
24	Среднее количество выписанных рецептов на одного пациента высокого риска	
25	Количество рецептов, предъявленных в аптечные организации (нарастающим итогом с начала текущего года)	
26	Количество обслуженных рецептов (нарастающим итогом с начала текущего года)	
27	Стоимость отпущенных лекарственных препаратов в рамках ФП «БССЗ», тыс. руб. (нарастающим итогом с начала текущего года)	
28	Средняя стоимость лекарственных препаратов, отпущенных по одному рецепту	
29	Всего пациентов, утративших (по всем основаниям) право на лекарственное обеспечение в рамках ФП «БССЗ» (нарастающим итогом с начала текущего года, в том числе	
30	число пациентов, получивших право на социальные льготы в соответствии с ФЗ №178 (нарастающим итогом с начала текущего года)	



Коды заболеваний в соответствии с международной классификацией
болезней МКБ-10 и виды медицинских вмешательств и услуг, включаемые в
Регистр БСК для контроля за ЛЛО

Льготные категории граждан	Код диагнозов по МКБ-10 (на амбулаторном этапе)	Виды медицинских вмешательств / Код услуги (при вмешательстве)
Лица, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний	I21; I22; I25; I45; I47-I48; I60-I64; I67	<p>«Аортокоронарное шунтирование»:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Коронарное шунтирование в условиях искусственного кровообращения А16.12.004.001; - Коронарное шунтирование на работающем сердце без использования искусственного кровообращения А16.12.004.002; - Коронарное шунтирование с протезированием клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения А16.12.004.003; - Коронарное шунтирование с пластикой клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения А16.12.004.004; - Коронарное шунтирование с протезированием и пластикой клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения А16.12.004.005; - Коронарное шунтирование в сочетании с трансмиокардиальной лазерной реваскуляризацией сердца А16.12.004.006; - Коронарное шунтирование в сочетании с трансмиокардиальной лазерной реваскуляризацией сердца в условиях искусственного кровообращения А16.12.004.007; - Коронарное шунтирование роботассистированное А16.12.004.011. <p>«Ангиопластика коронарных артерий со стентированием»:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Транслюминальная баллонная ангиопластика и стентирование коронарных артерий А16.12.004.009; - Транслюминальная баллонная ангиопластика ствола левой коронарной артерии А16.12.004.010; - Реканализация коронарных артерий ретроградная со стентированием А16.12.004.012;

		<ul style="list-style-type: none"> - Реканализация коронарных артерий антеградная со стентированием А16.12.004.013; - Стентирование коронарной артерии А16.12.028.003. «Катетерная абляция»: - Радиочастотная абляция аритмогенных зон А16.10.019.002; - Радиочастотная абляция аритмогенных зон роботассистированная А16.10.019
Лица, страдающие Ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка 40%	I20-I25; I48; I50	



Перечень ответственных лиц, их полномочия, зоны ответственности и механизмы контроля за соблюдением Порядка маршрутизации пациентов с ССЗ

№ п/п	Зона ответственности	ФИО Должность	Полномочия и механизмы контроля
1.	Региональная программа «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями на 2025–2030 годы» (далее — РП БССЗ)	заместитель Министра здравоохранения ВО, курирующий вопросы оказания медицинской помощи	Контроль исполнения плана мероприятий, достижения целевых показателей РП БССЗ
2.	Маршрутизации на проведение отдельных видов диагностических исследований сердечно-сосудистой системы	главный внештатный специалист кардиолог, главный внештатный специалист по лучевой и инструментальной диагностике, главный внештатный специалист функциональной диагностики.	Контроль объемов проведенных диагностических исследований, оперативное решение вопросов маршрутизации
3.	Маршрутизация пациентов с острым коронарным синдромом	главный внештатный специалист кардиолог, главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи,	Мониторинг доли 20-минутного доезда и последующих временных промежутков с помощью АСУ «Скорая помощь». Мониторинг профильности госпитализации пациентов с ОКС, экспертиза случаев непрофильной госпитализации, телемедицинское сопровождение пациентов с ОКС, находящихся вне сети ПСО/РСЦ, согласование/организация переводов пациентов с ОКС в другие МО
4.	Маршрутизация пациентов с хронической сердечной недостаточностью	главный внештатный специалист кардиолог, заведующий Владимирским областным кардиодиспансером	Работа с регистром пациентов ХСН, мониторинг отбора на ВМП, мониторинг дистанционных форм работы центров ХСН
5.	Маршрутизация пациентов с острым аортальным	главный внештатный специалист по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению, сердечно-	Мониторинг качества оказания помощи пациентам с острым аортальным

№ п/п	Зона ответственности	ФИО Должность	Полномочия и механизмы контроля
	синдромом	сосудистый хирург	синдромом
6.	Маршрутизация пациентов с тромбоэмболией легочной артерии	главный внештатный специалист по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению, сердечно-сосудистый хирург, главный внештатный специалист кардиолог	Мониторинг качества оказания помощи пациентам с тромбоэмболией легочной артерии
7.	Маршрутизация пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения	главный внештатный специалист невролог, главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи, главный внештатный специалист по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению, сердечно-сосудистый хирург	Мониторинг доли 20-минутного доезда и последующих временных промежутков с помощью АСУ «Скорая помощь». Мониторинг профильности госпитализации пациентов с ОНМК, экспертиза случаев непрофильной госпитализации, телемедицинское сопровождение проведения ТЛТ при ОНМК в теле-ИСО, согласование/организация переводов пациентов с ОНМК в другие МО
8.	Маршрутизация пациентов со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий	главный внештатный специалист невролог	Мониторинг качества оказания помощи пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий, в том числе отбор на хирургические методы лечения
9.	Маршрутизация пациентов в кабинеты антикоагулянтной терапии	заведующий Владимирским областным кардиодиспансером, главный внештатный специалист кардиолог	Мониторинг качества оказания помощи пациентам, получающим антикоагулянтную терапию
10.	Маршрутизация пациентов с нарушением липидного обмена	заведующий Владимирским областным кардиодиспансером, главный внештатный специалист кардиолог	Мониторинг качества оказания помощи пациентам с нарушением липидного обмена.
11.	Регламент проведения телемедицинских консультаций	заведующий Владимирским областным кардиодиспансером, главный внештатный специалист кардиолог	Мониторинг количества проведенных ТМК между МО 1-2 и 3 уровня, экстренных/плановых,

№ п/п	Зона ответственности	ФИО Должность	Полномочия и механизмы контроля
			стационар/поликлиника. Информационная поддержка Мо по вопросам проведения ТМК при БСК.
12.	Маршрутизация пациентов с острой ишемией конечностей	главный внештатный специалист по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению, сердечно-сосудистый хирург	Мониторинг качества оказания помощи пациентам с острой ишемией конечностей
13.	Маршрутизация пациентов с нарушениями сердечного ритма	главный внештатный специалист кардиолог	Мониторинг качества оказания помощи пациентам с нарушениями сердечного ритма, в том числе отбор на хирургические методы лечения, ВМП
14.	Маршрутизация пациентов с приобретенными пороками сердца	главный внештатный специалист кардиолог, главный внештатный специалист по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению, сердечно-сосудистый хирург	Мониторинг качества оказания помощи пациентам с приобретенными пороками сердца, в том числе отбор на хирургические методы лечения, ВМП



Регламент маршрутизации на проведение отдельных видов диагностических исследований сердечно-сосудистой системы

Оказание услуги «Проведение нагрузочного ЭКГ-тестирования» (посещение с услугой (велозргометрия))

Настоящий регламент устанавливает порядок оказания услуги «Проведение нагрузочного ЭКГ-тестирования» (посещение с услугой (велозргометрия) (далее – Услуга) в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на территории Владимирской области.

Оказание услуги осуществляется медицинскими организациями, имеющими лицензию на оказание первичной специализированной медицинской помощи по профилю «кардиология» и функциональная

Услуга оказывается в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации и иным лицам, застрахованным в системе ОМС, при наличии показаний к проведению нагрузочного ЭКГ-тестирования в соответствии с настоящим регламентом

Определение показаний для проведения нагрузочного ЭКГ-тестирования и оказание Услуги осуществляется врачом-кардиологом.

Показания для проведения нагрузочного ЭКГ-тестирования

Показаниями для проведения нагрузочного ЭКГ-тестирования являются:

Скрининговый метод с целью раннего выявления сердечно-сосудистой патологии, в первую очередь ИБС.

Дифференциальная диагностика ИБС и отдельных ее форм.

Определение показаний для направления на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, КАГ

Выявление и идентификация нарушений ритма сердца.

Выявление лиц с гипертензивной реакцией на нагрузку.

Определение индивидуальной толерантности к физической нагрузке у больных с установленным диагнозом ИБС.

Оценка эффективности лечебных (в том числе хирургических) и реабилитационных мероприятий по результатам динамического исследования больных.

Экспертиза трудоспособности больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Профессиональный отбор (для работы в экстремальных условиях или для работ, требующих высокой физической работоспособности).

Оценка трудового и жизненного прогноза.

Наличие нарушений липидного обмена (повышение общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности) при отсутствии типичных клинических проявлений коронарной недостаточности.

Наличие неспецифических изменений ЭКГ, снятой в покое, при отсутствии болевого синдрома или атипичном его характере.

Определение индивидуальной толерантности больных ИБС к физической нагрузке, уточнение функционального класса стенокардии.

Порядок направления для оказания Услуги

Врач-терапевт, врач-терапевт участковый, врач общей практики, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, при подозрении на наличие сердечно-сосудистых заболеваний или состояний, требующих проведения нагрузочного ЭКГ-тестирования, направляет пациента на консультацию к врачу кардиологу в соответствии с маршрутизацией.

Маршрутизация пациентов кардиологического профиля для направления на консультацию к кардиологу определена приложением № 2 к Порядку.

Врач-кардиолог при наличии показаний для проведения нагрузочного ЭКГ-тестирования направляет пациента для проведения исследования.

При невозможности оказания Услуги в медицинской организации, либо при трудности интерпретации результатов нагрузочного ЭКГ-тестирования врач-кардиолог может направить пациента для получения Услуги в кардиологический диспансер ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница» независимо от прикрепления к медицинской организации.

Нагрузочная ЭКГ имеет более низкие диагностические возможности по сравнению с визуализирующими стресс-методами, как в подтверждении, так и в исключении диагноза стенозирующего коронарного атеросклероза.

По результатам нагрузочного теста врач-кардиолог при необходимости:

- уточняет диагноз;
- назначает медикаментозную и немедикаментозную терапию;
- проводит коррекцию ранее назначенного лечения;
- направляет пациента для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Схема маршрутизации взрослого населения Владимирской области для проведения нагрузочного ЭКГ-тестирования представлена в приложении № 1 к Регламенту маршрутизации на проведение отдельных видов диагностических исследований сердечно-сосудистой системы

Оказание услуги «Проведение стресс-эхокардиографии» (посещение с услугой (эхокардиография с физической нагрузкой (стресс-ЭхоКГ))

Настоящий регламент устанавливает порядок оказания услуги «Проведение стресс-эхокардиографии» (посещение с услугой (эхокардиография с физической нагрузкой (стресс-ЭхоКГ)) (далее – Услуга) в рамках территориальной программы

государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на территории Владимирской области.

Оказание услуги осуществляется медицинскими организациями, имеющими лицензию на оказание первичной специализированной медицинской помощи по профилю «кардиология».

Услуга оказывается в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации и иным лицам, застрахованным в системе ОМС, при наличии показаний к проведению стресс-эхокардиографии в соответствии с настоящим регламентом

Определение показаний для проведения стресс-эхокардиографии и оказание Услуги осуществляется врачом-кардиологом.

Показания для проведения стресс-эхокардиографии

Показаниями для проведения стресс-эхокардиографии являются:

Неинформативные результаты ЭКГ-тестирования или неспособность пациента к выполнению нагрузки.

Необходимость определения ишемического ответа до и после интервенционной или оперативной реваскуляризации у пациентов с ИБС.

Необходимость выявления области ишемии у пациентов с ИБС.

Определение степени риска и прогноза у пациентов с ИБС, гипертонией, некоронарогенными заболеваниями миокарда перед большим хирургическим вмешательством.

Необходимость определения жизнеспособности миокарда.

Определение степени аортального стеноза у пациентов со сниженной систолической функцией левого желудочка. Наличие неспецифических изменений ЭКГ, снятой в покое, при отсутствии болевого синдрома или атипичном его характере.

Определение индивидуальной толерантности больных ИБС к физической нагрузке, уточнение функционального класса стенокардии.

Порядок направления для оказания Услуги

Врач-кардиолог при наличии показаний для проведения стресс-эхокардиографии направляет пациента для проведения исследования в организации согласно приложению № 2 к Регламенту маршрутизации на проведение отдельных видов диагностических исследований сердечно-сосудистой системы.

При невозможности оказания Услуги в медицинской организации, в соответствии с маршрутизацией, указанной в приложении 6, врач-кардиолог может направить пациента для оказания Услуги в кардиологический диспансер ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница» независимо от прикрепления к медицинской организации.

По результатам стресс-эхокардиографии врач-кардиолог при необходимости:

- уточняет диагноз;
- назначает медикаментозную и немедикаментозную терапию;

- проводит коррекцию ранее назначенного лечения;
- направляет пациента для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Чреспищеводная эхокардиография (ЧП-ЭХО-КГ) проводится в ГБУЗ ВО «Городская больница №4 г.Владимира» по согласованию с заведующим отделением ультразвуковой диагностики.

Для проведения спиральной компьютерной томографии коронарных артерий, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии миокарда перфузионной с функциональными пробами, магнитно-резонансной томографии сердца пациенты направляются в федеральные центры города Москвы по согласованию.



Приложение № 1
к приложению № 2
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Схема маршрутизации взрослого населения Владимирской области для проведения нагрузочного ЭКГ-тестирования

Наименование медицинской организации	Перечень прикрепленных территорий
ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»	-Собинский муниципальный округ
	-Судогодский район
	-Городской округ ЗАТО Радужный
	-Пациенты, направляемые по форме 057/у независимо от места прикрепления в случае невозможности проведения нагрузочного ЭКГ-тестирования или при трудности интерпретации результатов нагрузочного ЭКГ-тестирования в медицинской организации согласно настоящей схеме маршрутизации.
ГБУЗ ВО «Петушинская районная больница»	-Петушинский муниципальный округ
	-Городской округ Покров
ГБУЗ ВО «Ковровская городская больница №2»	-Вязниковский район
	-Камешковский район
	-Городской округ Ковров
	-Гороховецкий район
	-Ковровский район
ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»	-Муромский район
	-Городской округ Муром
	-Селивановский район
	-Меленковский район
ГБУЗ ВО «Александровская районная больница»	-Александровский район
	-Кольчугинский район
	-Киржачский район
ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 города Владимира»	-Город Владимир (Октябрьский район)
	-Суздальский район
ГБУЗ ВО «Центральная поликлиника города Владимира»	-Город Владимир (Ленинский район)
	-Юрьев – Польский район

ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница № 5 г. Владимира имени Л.К. Кирилловой»	-Город Владимир (Фрунзенский район). -Юрьев – Польский район
ГБУЗ ВО «Центральная районная больница № 1»	-Город Гусь-Хрустальный -Гусь-Хрустальный район



Приложение № 2
к приложению № 2
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

**Схема маршрутизации взрослого населения Владимирской области для
проведения стресс-эхокардиографии**

Медицинская организация, осуществляющая проведение пациентам эхокардиографии с физической нагрузкой	Медицинская организация, имеющая прикрепленное взрослое население с хроническими формами ишемической болезни сердца
ГБУЗВО «Городская больница №4 г. Владимира»	-ГБУЗВО «Городская больница № 2 г. Владимира»
	-ГБУЗВО «Городская больница № 4 г. Владимира»
	-ГБУЗВО «Городская клиническая больница №5 г. Владимира имени Л.К. Кирилловой»
	-ГБУЗВО «Городская больница № 6 г. Владимира»
	-ГБУЗВО «Городская больница № 7 г. Владимира»
	-ГБУЗВО «Центральная поликлиника города Владимира»
	-ГБУЗВО «Юрьев-Польская центральная районная больница»
ГБУЗВО «Областная клиническая больница»	-ГБУЗВО «Центральная районная больница № 1»
	-ГБУЗВО «Киржачская районная больница»
	-ГБУЗВО «Кольчугинская центральная районная больница»
	-ГБУЗВО «Собинская районная больница»
	-ГБУЗВО «Судогодская центральная районная больница им. Пospelова»
	-ГБУЗВО «Суздальская районная больница»
	-ГБУЗВО «Александровская районная больница»
	-ГБУЗВО «Петушинская районная больница»

	-ГБУЗВО «Городская больница ЗАТО г. Радужный Владимирской области»
	-Пациенты, направляемые по форме 057/у независимо от места прикрепления, в случае невозможности проведения стресс-эхокардиографии в медицинской организации согласно настоящей схеме маршрутизации.
ГБУЗВО «Центральная городская больница города Коврова»	-ГБУЗВО «Ковровская районная больница»
	-ГБУЗВО «Меленковская центральная районная больница»
	-ГБУЗВО «Муромская центральная районная больница»
	-ГБУЗВО «Центральная городская больница города Коврова»
ГБУЗВО «Ковровская городская больница № 2»	-ГБУЗВО «Гороховецкая центральная районная больница»
	-ГБУЗВО «Камешковская центральная районная больница»
	-ГБУЗВО «Вязниковская районная больница»
	-ГБУЗВО «Ковровская городская больница № 2»
	-ГБУЗВО «Селивановская центральная районная больница»



Регламент маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом

Настоящий регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом.

Для целей настоящего Регламента к ОКС относятся состояния, соответствующие кодам I20.0, I21-I22, I24.0, I24.8, I24.9 международной классификации болезней десятого пересмотра.

Оказание медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом (далее - ОКС) осуществляется в рамках последовательного процесса, начинающегося на догоспитальном этапе и продолжающегося в региональных сосудистых центрах (далее - РСЦ), отделениях реабилитации и на амбулаторно-поликлиническом этапе.

ОКС - термин, обозначающий любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать инфаркт миокарда (далее-ИМ) или нестабильную стенокардию. Включает в себя понятия «острый» и «повторный инфаркт миокарда».

Термин ОКС не является диагнозом и используется в первые часы и сутки заболевания для определения тактики оказания медицинской помощи.

В зависимости от признаков ЭКГ выделяют ОКС с подъемом сегмента ST ЭКГ и ОКС без подъема сегмента ST ЭКГ (далее - ОКСпST и ОКСбпST). ОКСпST диагностируют у пациентов с ангинозным приступом или дискомфортом в грудной клетке и со стойким подъемом сегмента ST > 1 мм по меньшей мере в 2х смежных отведениях или «новой» (впервые возникшей) блокадой левой ножки пучка Гиса на ЭКГ.

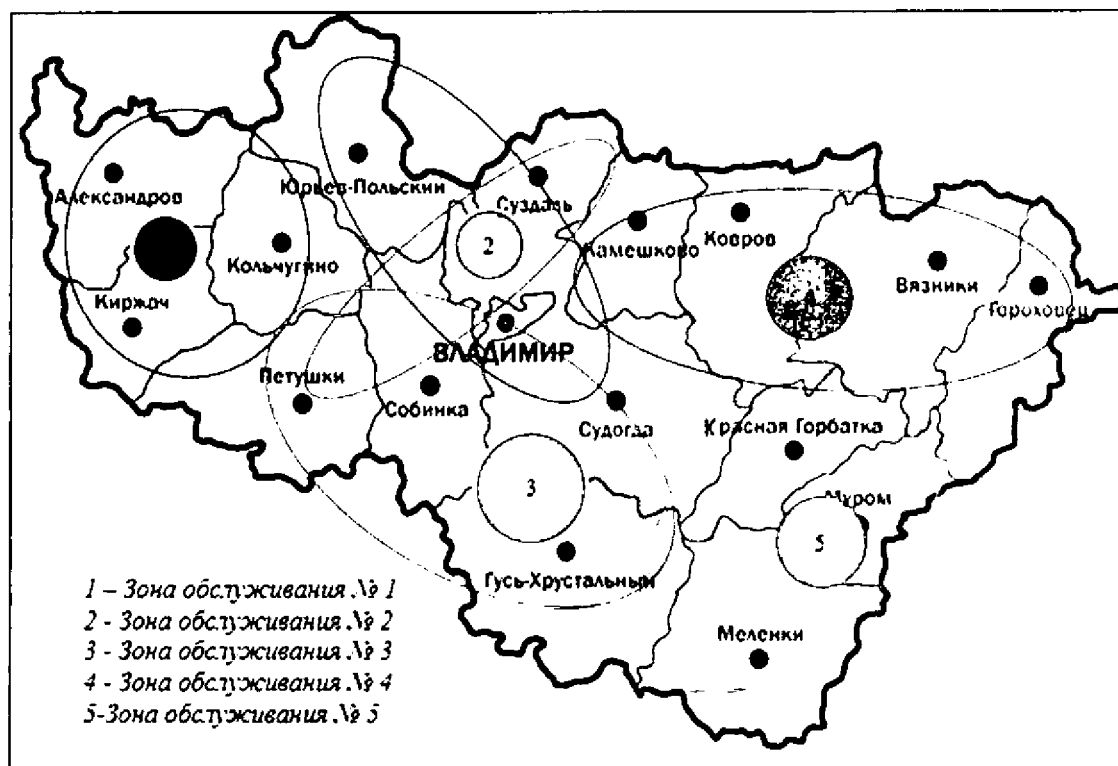
ОКСбпST — остро возникшие клинические признаки или симптомы ишемии миокарда, когда на ЭКГ отсутствует стойкий (длительностью более 20 минут) подъем сегмента ST как минимум в двух смежных отведениях и нет остро возникшей блокады левой ножки пучка Гиса (По ЭКГ может сопровождаться стойкой или преходящей депрессией сегмента ST, инверсией, сглаженностью или псевдонормализацией зубца T).

Для ОКСбпST характерны:

- длительный (> 20 мин) ангинозный приступ в покое;
- впервые возникшая стенокардия, соответствующая как минимум II ФК по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества;
- утяжеление до этого стабильной стенокардии как минимум до III ФК по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества (стенокардия crescendo);
- стенокардия, появившаяся в первые 2 недели после ИМ (ранняя постинфарктная стенокардия).

Перечень МО, участвующих в маршрутизации пациентов, с указанием их статуса: региональные сосудистые центры для больных с ОКС представлены в приложении № 1 к Регламенту маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом.

Зоны обслуживания и схема транспортировки пациентов с ОКС в ЧКВ-центры



Для оценки эффективности маршрутизации больных с ОКС и понимания ее логистики Владимирская область условно разделена на 4 зоны.

Зона №1: Госпитализация больных с ОКС ориентирована на РСЦ ГБУЗ ВО «Александровская районная больница», выполняется экстренная ангиопластика-стентирование круглосуточно.

Зона №2: Госпитализация больных с ОКС ориентирована на РСЦ ГБУЗ ВО «Городская больница №4 г. Владимира», выполняется экстренная ангиопластика-стентирование круглосуточно.

Зона №3. Госпитализация больных с ОКС ориентирована на РСЦ ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница», выполняется экстренная ангиопластика-стентирование круглосуточно.

Зона №4: Госпитализация больных с ОКС ориентирована на РСЦ ГБУЗ ВО «Центральная городская больница г. Коврова», выполняется экстренная ангиопластика-стентирование по графику дежурств совместно ООО «Первый клинический центр».

Зона № 5: Госпитализация больных с ОКС ориентирована на РСЦ ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница», выполняется экстренная ангиопластика-стентирование по графику дежурств совместно с ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница».

Алгоритм диагностики и оказания помощи пациентам с ОКС на догоспитальном этапе

Оказание медицинской помощи пациентам с ОКС на догоспитальном этапе осуществляется на основе действующих клинических рекомендаций Минздрава России, размещенных на сайте <http://cr.rosminzdrav.ru/>, порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденного приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», а также стандартов оказания медицинской помощи, утвержденных Минздравом России.

1. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь при ОКС оказывается вне МО, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

2. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь пациентам, требующим срочного медицинского вмешательства, вне МО оказывается общепрофильными врачебными и фельдшерскими выездными бригадами СМП, специализированными выездными бригадами СМП (кроме психиатрической) в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 №388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

3. Госпитализация пациентов с ОКС бригадами СМП осуществляется в профильный стационар по территориальному принципу, согласно маршрутизации (Таблица 1) в установленные в данном алгоритме сроки.

4. При поступлении вызова фельдшер (медицинская сестра) по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам СМП, согласно жалобам, определяет повод к вызову как «экстренный».

5. При оказании скорой медицинской помощи пациенту с ОКС к функциям врача (фельдшера) бригады СМП относятся:

5.1. первый медицинский контакт (ПМК), включающий в себя опрос, установление времени начала болевого синдрома, осмотр, сбор анамнеза, оценку предшествующей терапии, регистрацию и интерпретацию ЭКГ (не позднее 10 минут). Время интерпретации ЭКГ считается временем установки диагноза.

По прибытии на вызов фельдшер бригады СМП уточняет:

- сколько времени прошло от начала возникновения боли;
- характер боли (давит, ноет, режет, колет, сжимает, нечем дышать);
- локализацию боли (за грудиной, в сердце, в левой руке, под левой лопаткой или в межлопаточной области);
- сочетание боли в груди с одышкой и кровохарканием;
- ставился ли ранее диагноз ишемической болезни сердца, был ли ранее перенесенный инфаркт миокарда или гипертоническая болезнь, тромбоз глубоких вен, ТЭЛА;
- имеется ли на руках ранее снятая ЭКГ;
- имелись ли пре- и синкопальные состояния.

Врачи/фельдшеры бригады СМП должны быть обучены интерпретации электрокардиограммы, в том числе определять изменение положения ST, а также

выявлять наличие полной блокады левой ножки пучка Гиса; пленка для расшифровки может быть передана в центр расшифровки на базе РСЦ ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница», при оснащении бригады ЭКГ-аппаратами с возможностью передачи данных.

В затруднительных случаях по принятию решения о проведении тромболитической терапии (далее - ТЛТ) осуществить звонок в дистанционно-консультационный центр РСЦ ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница», номера телефонов представлены в Приложении 5 к регламенту маршрутизации при ОКС. Результат консультации с РСЦ внести в электронную карту вызова в графу «Примечание» с указанием обоснования принятого решения о проведении или непроведении ТЛТ.

5.2 определение показаний и противопоказаний к реперфузионной терапии, чрескожному коронарному вмешательству (далее - ЧКВ) или ТЛТ (при ОКСспСТ решение принимается не позднее 10 минут от записи ЭКГ):

1. Показания к ЧКВ (без ТЛТ):

- ОКСпСТ, если время от начала ПМК до восстановления антеградного кровотока (открытия инфаркт-связанной артерии) в РСЦ составляет ≤ 120 минут. Этот временной отрезок включает время транспортировки (не более 60 минут) и время от постановки/подтверждения диагноза в ЧКВ – центре до открытия инфаркт-связанной артерии (не более 60 минут). При расчете времени доезда необходимо учитывать погодные условия, состояние автодорог

- ОКСбпСТ высокого и очень высокого риска. Риск определяется по таблице (приложение 1)

2. Показания к немедленной ТЛТ:

- ОКСпСТ, если время от начала ПМК до госпитализации в РСЦ (открытия инфаркт-связанной артерии) в РСЦ составляет ≥ 120 минут, но не ≥ 12 часов от начала симптомов ишемии.

Целевое время начала ТЛТ – не более 10 минут от постановки диагноза (запись и интерпретация ЭКГ) и не более 30 минут от начала ПМК.

Пациентам с ОКСпСТ с симптомами ишемии ≥ 12 часов ТЛТ не показана.

При наличии показаний к ТЛТ врачом/фельдшером СМП заполняется контрольный лист принятия решения (Приложение 2 к регламенту маршрутизации при ОКС). Заполняются все ячейки опросника. При всех положительных ответах и при отсутствии противопоказаний начинается введение тромболитика. Не дожидаясь результата тромболитической терапии, пациент незамедлительно эвакуируется в РСЦ. Если в ходе медицинской эвакуации возникли какие-либо задержки на пути следования, необходимо принять решение о введении тромболитика в машине скорой помощи (если изначально была тактика экстренной эвакуации).

Все бригады СМП должны быть оснащены препаратами для внутривенной тромболитической терапии.

Отказ пациента от ТЛТ фиксируется в письменном виде самим пациентом на бланке добровольного информированного согласия.

Госпитализация пациента с ОКСпСТ со стабильным состоянием (без осложнений в виде кардиогенного шока и/или отека легких) должна (во избежание

задержки начала транспортировки в РСЦ) осуществляться первой бригадой скорой медицинской помощи, избегая передачи вызовов специализированным бригадам или бригадам интенсивной терапии.

Рекомендуется предпочесть первичное ЧКВ тромболитису для снижения риска смерти у пациентов с ИМпСТ, осложненным кардиогенным шоком или тяжелой сердечной недостаточностью, независимо от продолжительности задержки, связанной с организацией ЧКВ.

Алгоритм медицинской эвакуации пациентов с ОКС в РСЦ для выполнения реваскуляризации

Острый коронарный синдром – показание для госпитализации в специализированное медицинское учреждение ЧКВ центр для выполнения мероприятий по реваскуляризации:

1. При выявлении пациентов с ОКС без стойкого подъема сегмента ST бригадой СМП проводится:

Оценка клинических проявлений:

- наличие у больного затяжного (>15 мин.) приступа ангинозных болей за грудиной или в левой половине грудной клетки или наличие эквивалентов стенокардии (одышка, приступообразное нарушение ритма сердца, резкая общая слабость, нестабильное АД) в предшествующие 24 - 48 часов;

- впервые возникшая (в предшествующие 28 - 30 дней) стенокардия;

- дестабилизация ранее существующей стабильной стенокардии с появлением характеристик, присущих более высокому классу стенокардии по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества, и/или появление приступов боли в покое (прогрессирующая стенокардия, стенокардия покоя, вазоспастическая стенокардия) в предшествующие 24 - 48 часов.

Анализ данных электрокардиографии:

- депрессия сегмента ST > 1 мм в двух или более смежных отведениях;

- инверсия зубца T > 1 мм в отведениях с преобладающим зубцом R;

- наличие глубоких инвертированных зубцов T в передних грудных отведениях;

- наличие кратковременной (не более 20 мин.) элевации сегмента ST > 1 мм в двух смежных отведениях.

Диагностическая ценность изменений ЭКГ увеличивается при регистрации данных изменений на высоте болевого синдрома.

2. При выявлении пациентов с признаками ОКС со стойким подъемом сегмента ST бригадой СМП проводится оценка:

- клинических проявлений: наличие у больного затяжного (>15 мин.) приступа ангинозных болей за грудиной или в левой половине грудной клетки или наличие эквивалентов стенокардии (одышка, резкая общая слабость, нестабильное АД);

- данных электрокардиографии: регистрация элевации сегмента ST в двух и более смежных отведениях, регистрация остро возникшей полной блокады левой ножки пучка Гиса и/или полной блокады правой ножки пучка Гиса (при наличии

клиники острого инфаркта миокарда);

Все пациенты с ОКС госпитализируются в РСЦ (независимо от типа ОКС), сообразно алгоритма маршрутизации (таблица 1). Выбор ЧКВ-центра определяется предполагаемым минимальным временем доставки и имеющейся информацией о наличии свободного операционного стола в ЧКВ-центрах. Выбор маршрутизации в конкретный ЧКВ-центр координирует старший врач смены.

В случае недоступности (занятости) рентген-операционной территориально ответственного ЧКВ-центра пациент направляется в ближайшую свободную операционную по согласованию со старшим врачом смены СМП;

Перечень муниципальных образований с ограниченной транспортной доступностью, с указанием сроков и способов экстренной медицинской эвакуации пациентов с ОКС. Сроки медицинской эвакуации более 120 мин.

-Уршель Гусь – Хрустальный район население 3354 человека

-Золотково Гусь – Хрустальный район 4196 человек

-Великодворье Гусь – Хрустальный район 1751 человек

При оказании помощи ОКСпСТ применение фармако – инвазивной стратегии (тромболитической терапии догоспитально и эндоваскулярного вмешательства в стационаре)

При передаче пациента в приемном отделении кардиологу РСЦ фельдшер/медсестра аккуратно заполняют все ячейки листа оценки оказания медицинской помощи при ОКС (Приложение № 3.3 к Регламенту маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом), он прикладывается к истории болезни и дозаполняется уже врачами стационара.

Список контактов для взаимодействия с ответственными лицами и службами МО, задействованных в оказании медицинской помощи пациентам с ОКС:

– Главный врач ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница» контактный телефон 8(4922) 45-90-09, 32-96-64, 32-61-79.

– Главный врач ГБУЗ ВО «Александровская районная больница», контактный телефон 8(49244) 2-67-41

– Главный врач ГБУЗ ВО «Городская больница №4 г. Владимира», контактный телефон 8(4922) 43-03-72, 43-15-66

- Главный врач ГБУЗ ВО «Центральная городская больница г. Коврова», контактный телефон 8(49232) 3-86-09

- Главный врач ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница», контактный телефон 8(49244) 3-14-85, 3-17-85.

Алгоритм организации оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом на стационарном этапе лечения

1. Оказание медицинской помощи пациентам с ОКС в стационарных условиях осуществляется на основе действующих клинических рекомендаций Минздрава России, размещенных на сайте <http://cr.rosminzdrav.ru/>, порядка

оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденного приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», а также стандартов оказания медицинской помощи, утвержденных Минздравом России.

2. Пациенты с ОКС госпитализируются непосредственно в блок реанимации и интенсивной терапии, минуя приемное отделение.

3. В условиях блока реанимации и интенсивной терапии обеспечивается мониторинг жизненно важных функций организма и ЭКГ.

4. Реабилитация пациентов с ОКС начинается в условиях ПРИТ и продолжается в условиях кардиологического или специализированного реабилитационного отделения.

5. При наличии показаний рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST ЭКГ должны быть начаты как можно скорее, чтобы обеспечить восстановление кровотока до 60 минут от момента поступления или 120 минут от момента первого медицинского контакта. У пациентов, которым на догоспитальном этапе (или в другом стационаре) проведена успешная тромболитическая терапия, эндоваскулярное вмешательство проводится в течение 2-24 часов. При неуспешном тромболлизисе эндоваскулярное вмешательство проводится незамедлительно («спасительное» ЧКВ).

6. Госпитализация пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST ЭКГ осуществляется в медицинскую организацию, в структуре которой имеется ЧКВ-центр в соответствии с территориальным прикреплением (приложение 4) в максимально короткие сроки. При необходимости решить вопрос о проведении тромболитической терапии.

При установлении диагноза ОКС без подъема сегмента ST (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда без подъема сегмента ST ЭКГ) в медицинской организации, в структуре которой нет ЧКВ-центра, необходимо осуществлять перевод пациентов, относящихся к группам высокого риска, в ЧКВ-центр в соответствии с территориальным прикреплением (таблица 1) и клиническими рекомендациями, размещенными на сайте <http://cr.rosminzdrav.ru/>, по согласованию с РСЦ. Обеспечить проведение консультаций, в том числе с применением телемедицинских технологий, со специалистами ОКБ (РСЦ) пациентов с ОКС. При госпитализации пациентов с ОКС в непрофильные стационары и невозможностью их перевода в сосудистый центр для проведения ЧКВ обеспечить регулярное консультирование лечащего врача сотрудником сосудистого центра согласно прикреплению до стабилизации состояния пациента и возможности транспортировки. При невозможности транспортировки телемедицинская консультация осуществляется в первый час с момента госпитализации кардиологом и реаниматологом ОКБ для определения тактики ведения. Перевод пациентов осуществляется с ответственными за госпитализацию пациентов:

7. После проведения чрескожной ангиопластики и стабильном состоянии возможен перевод пациента из ЧКВ-центра в кардиологические отделения для продолжения лечения и реабилитации.

8. Вопросы маршрутизации, тактика ведения пациентов с ОКС, включая

решение о переводе пациентов из отделений кардиологии в РСЦ, в ежедневном режиме по будним дням обсуждаются руководителями РСЦ, лицами, ответственными за организацию работы скорой медицинской помощи медицинских организаций и ГВС кардиологом Министерства здравоохранения Владимирской области, в ходе видеоселекторных совещаний.

9. Тактика ведения пациентов с ОКС, находящихся на лечении в РСЦ, при необходимости согласуется руководителем РСЦ с профильными федеральными медицинскими организациями посредством проведения телемедицинских консультаций.

10. По окончании стационарного лечения сведения о пациентах, перенесших острый инфаркт миокарда, а также о пациентах, которым была выполнена ангиопластика коронарных артерий со стентированием, передаются посредством защищенной сети передачи данных в ГБУЗ ВО «Медицинский информационно-аналитический центр», в ГБУЗ ВО «Областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики», а также в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь по территориальному принципу, для постановки на диспансерный учет и получения льготных лекарственных препаратов по показанию.

11. Пациент, перенесший инфаркт миокарда, коронарное шунтирование, ЧКВ со стентированием, должен быть обеспечен лекарственными препаратами в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.02.2024 № 37н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов в целях обеспечения в амбулаторных условиях лекарственными препаратами лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка $\leq 40\%$, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний», за исключением лиц, имеющих право на получение социальной услуги в виде обеспечения лекарственными препаратами в соответствии с Федеральным законом от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи».

12. Отчет о работе отделений, оказывающих медицинскую помощь при ОКС, направлять главному внештатному специалисту - кардиологу не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным, по форме согласно приложению № 4 к Регламенту маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом.

Порядок взаимодействия медицинских работников при осуществлении дистанционной передачи ЭКГ пациентов с острым коронарным синдромом

1. При наличии характерного болевого синдрома и (или) его эквивалентов, при необходимости проведения дифференциальной диагностики

ОКС, врач (фельдшер), оказывающий медицинскую помощь пациенту, осуществляет регистрацию ЭКГ с помощью системы дистанционной передачи ЭКГ (при ее наличии).

2. Взаимодействие учреждений здравоохранения Владимирской области при организации работы системы дистанционной передачи и анализа ЭКГ осуществлять согласно порядку, утвержденному приказом Министерства здравоохранения администрации Владимирской области от 30.12.2015 г № 1694 «О взаимодействии учреждений здравоохранения Владимирской области при организации работы системы дистанционной передачи и анализа электрокардиограмм».

3. Окончательное решение о маршрутизации пациента с ОКС или с подозрением на ОКС принимает медицинский работник, непосредственно оказывающий медицинскую помощь данному пациенту, с учетом действующих нормативных документов Минздрава России и Министерства здравоохранения Владимирской области.

4. Телефонный номер службы Теле-ЭКГ (4922) 40-70-11.

Телефоны диспетчерской отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи: (4922) 32-92-32, 42-51-03.

Телемедицинские консультации по профилю «кардиология» с понедельника по пятницу с 8-00 до 16-00 осуществляются с использованием VIPNet.

В вечерние и ночные часы, выходные и праздничные дни телемедицинские консультации осуществляются дежурными врачами кардиологами по телефонам: (4922) 32-92-32, 42-51-03.

Порядок направления на реабилитационные мероприятия с указанием учреждений, оказывающих специализированную помощь в рамках реабилитации при ОКС и нормативных сроков ее проведения

1. Организация медицинской реабилитации осуществляется согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 №788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» (далее - приказ № 788н).

2. Согласно приказу №788н первый этап медицинской реабилитации осуществляется в отделениях РСЦ на стационарном этапе.

3. Второй этап медицинской реабилитации пациентов, требующих круглосуточного наблюдения при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, осуществляется в стационарных условиях в отделении медицинской реабилитации пациентов с соматическими заболеваниями.

3.1. Второй этап реабилитации пациентов, перенесших инфаркт миокарда и/или которым оказана высокотехнологичная специализированная медицинская помощь, проводится в отделении реабилитации ЧУЗ «РЖД Медицина о.Муром» в г. Владимире.

3.2. Мероприятия по медицинской реабилитации на втором этапе должны быть начаты в острый и ранний восстановительный периоды течения заболевания.

3.3. При выписке пациента из медицинской организации, осуществляющей медицинскую реабилитацию на втором этапе, пациенту предоставляется выписка из медицинской карты стационарного больного, содержащая клинический диагноз заболевания, реабилитационный диагноз (перечень кодов по МКФ), сведения о реабилитационном потенциале, факторы риска проведения реабилитационных мероприятий, следующий этап медицинской реабилитации с учетом показателей шкалы реабилитационных мероприятий (ШРМ).

4. Медицинская реабилитация на третьем этапе осуществляется по направлению врача-терапевта (терапевта-участкового) или лечащего врача медицинской организации, осуществляющей медицинскую реабилитацию на первом и/или втором этапах.

Алгоритм направления на санаторно-курортное лечение пациентов, перенесших ОКС

Направление пациентов на санаторно-курортное лечение после перенесенных сердечно-сосудистых заболеваний организовано в соответствии с приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 256 «О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение» и от 27 марта 2024 № 143н «Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2.1 Федерального закона от 23 февраля 1995 г. № 26-ФЗ «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах», их характеристик и перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением таких природных лечебных ресурсов» за счет личных средств граждан или ДМС, а также отдельных категорий граждан или имеющих профессиональное заболевание через Региональное отделение Социального фонда России в соответствии с приказом Минтруда России от 21 декабря 2020 г. № 929н и Минздрава России № 1345н «Об утверждении порядка предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан».

Порядок информационного взаимодействия медицинских учреждений, включенных в регламент маршрутизации пациентов с ОКС, и информационного обеспечения реализации программы по получению льготных лекарственных препаратов с учетом действующей системы льгот

Согласно приказу Минздрава России от 06.02.2024 № 37н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов в целях обеспечения в амбулаторных условиях лекарственными препаратами лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с

подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка $\leq 40\%$, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний» пациенты указанных групп должны быть обеспечены препаратами, входящими в перечень приказа.

Критерии оценки очень высокого и высокого риска при ОКСбпСТ представлены в приложении № 2 к Регламенту маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом.

В выписном эпикризе обязательно отражать право пациента на льготное лекарственное обеспечение.

Медицинские организации направляют отчет главному внештатному специалисту – кардиологу Министерства здравоохранения Владимирской области, главный внештатный специалист направляет в отдел организации медицинской помощи взрослому населению Министерства здравоохранения Владимирской области) по форме ежемесячного отчета по оказанию медицинской помощи пациентам с ОКС для медицинских организаций согласно приложению № 6 к Регламенту маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом.

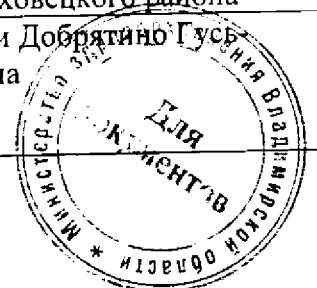


Приложение № 1
к приложению № 3
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-п

Перечень МО, участвующих в маршрутизации пациентов, с указанием их статуса: региональные сосудистые центры для больных с ОКС

Медицинская организация	Зоны обслуживания	
ГБУЗ ВО ЧКВ – центр (региональный сосудистый центр) ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница» (Региональный сосудистый центр) ЧКВ - центр По графику 24/7 2 ангиографические установки	городской округ Гусь-Хрустальный, Гусь-Хрустальный район (без поселков Золотково и Добрятино)	
	городской округ ЗАТО г. Радужный	
	Собинский муниципальный округ	
	Судогодский район	
	Петушинский муниципальный округ	
	городской округ Покров	
	Городской округ Муром, Муромский район	По графику: СБ 08.00 - 08.00 ВС ВС 08.00 - 08.00
	Меленковский район	
	Селивановский район	
	деревня Паустово Вязниковского района	
село Фоминки Гороховецкого района		
поселки Золотково и Добрятино Гусь-Хрустального района		
ГБУЗ ВО «Александровская районная больница» (региональный сосудистый центр) По графику 24/7 ЧКВ - центр 1 ангиографическая установка	Александровский район	
	Киржачский район	
	Кольчугинский район	
ГБУЗ ВО «Городская больница №4 г. Владимир» Региональный сосудистый центр) по графику 24/7 ЧКВ – центр 2 ангиографические установки. 1 – не используется, на списание	г. Владимир	
	Суздальский район	
	Юрьев-Польский район	
	Камешковский район, населенные пункты:	

	Круглово, Мирный, Высоково, Патакино, Суслово, Гатиха, Пенкино, Н.Быковка
ГБУЗ ВО «Центральная городская больница г.Коврова» (Региональный сосудистый центр для больных с ОКС) ЧКВ центр По графику: ПН 08.00 - 08.00 ВТ СР 08.00 -08.00 ЧТ ПТ 08.00 - 08.00 СБ СБ 08.00 - 08.00 ВС 2 ангиографическая установка	Гороховецкий район (без села Фоминки)
	г. Ковров, Ковровский район
	Камешковский район без населенных пунктов Круглово, Мирный, Высоково, Патакино, Суслово, Гатиха, Пенкино, Н.Быковка
	Вязниковский район (без деревни Паустово)
ООО «Первый клинический медицинский центр» ЧКВ – центр По графику: ВТ 08.00 -08.00 СР ЧТ 08.00 -08.00 ПТ ВС08.00-08.00 ПН 1 ангиографическая установка	Гороховецкий район (без села Фоминки)
	г. Ковров, Ковровский район
	Камешковский район без населенных пунктов Круглово, Мирный, Высоково, Патакино, Суслово, Гатиха, Пенкино, Н.Быковка
	Вязниковский район (без деревни Паустово)
ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница» (Региональный сосудистый центр) ЧКВ-центр По графику: ПН 08.00 – 8.00 ВТ ВТ 08.00 -8.00 СР СР 08.00 – 8.00 ЧТ ЧТ 08.00 – 8.00 ПТ ПТ 08.00 – 14.00 1 ангиографическая установка	городской округ Муром, Муромский район
	Меленковский район, Меленки
	Селивановский район, Селиваново
	деревня Паустово Вязниковского района
	село Фоминки Гороховецкого района
	поселки Золотково и Добрятино Гусь Хрустального района



Приложение № 2
к приложению № 3
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Критерии оценки очень высокого и высокого риска при ОКСбпСТ

Очень высокий риск	Высокий риск
нестабильная гемодинамика или кардиогенный шок	повышение уровня высокочувствительного тропонина
повторяющаяся или продолжающаяся боль в грудной клетке, рефрактерная к медикаментозному лечению	динамические изменения сегмента ST или зубца T (симптомные или безболевые)
жизнеугрожающие аритмии или остановка сердца	
механические осложнения ИМ	
острая сердечная недостаточность с рефрактерной стенокардией или отклонением сегмента ST	
повторяющиеся изменения сегмента ST или зубца T, особенно с эпизодами преходящей элевации сегмента ST	



Приложение № 3
к приложению № 3
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Протокол тромболитической терапии при ОКС с подъемом сегмента ST ЭКГ.

ФИО _____ № п/б _____ Возраст _____ лет

Пол М /Ж _____ Масса тела _____ кг
Дата _____ 21 г Время поступления _____ ч _____ мин. Время начала ТЛТ _____ ч _____ мин

Показания к ТЛТ	Абсолютные противопоказания к ТЛТ
Время приступа менее < 12 часов	Перенесенный геморрагический инсульт или ОНМК неизвестной этиологии
Подъем ST > 1 мм минимум в 2 отведениях: I и III aVL aVF	Ишемический инсульт в предшествующие 6 месяцев
подъем ST > 1 мм минимум в двух из грудных отведений VI-V6	Повреждения или новообразования ЦНС, артериовенозные мальформации
Новая блокада ЛНПГ	Недавняя серьезная травма/хирургическое вмешательство/травма головы
Истинный задний ИМ: Высокие R VI-V2 + подъем ST-T VI-V4	Желудочно – кишечное кровотечение (в течение предыдущего месяца)
	Известные геморрагический диатеза или кровоточивость (кроме менструальных кровотечений)
	Расслоение аорты (заподозренное или
	Пункция некомпрессируемых сосудов , биопсия печени, спинномозговая пункция в течение предыдущих 24 часов

Взвесить пользу и риск ТЛТ. Польза больше у пациентов высокого риска смерти. Риск больше у пациентов высокого риска кровотечений

Высокий риск смерти (хотя бы 1 показатель)	Риск осложнений ТЛТ (относительные противопоказания)
подъем ST > 2мм в > 2 передних отведениях	Транзиторная ишемическая атака в предыдущие 6 месяцев
Новая блокада ЛНПГ	Прием пероральных антикоагулянтов
ST> 1мм при нижнем ИМ в сочетании с АД < 100 мм рт ст или ЧСС > 100 или классом по Киллип 2-3 или ST > 2мм в VI-V4 или подъем ST>1 мм в V4R	Беременность и первая неделя после родов
Класс по Киллип > 2(острая СН)-предпочтительней ЧКВ	Рефрактерная АГ (САД > 180 мм РТ ст и/или ДАД > 110 мм рт ст
Возраст > 75 лет	Тяжелое заболевание печени
Поздняя госпитализация (> 4 часов)-предпочтительней ЧКВ	Инфекционный эндокардит
Курение	Травматизация или длительная сердечно –
Риск по TIMI в баллах	Обострение язвенной болезни
Сахарный диабет	

Увеличивают риск кровотечений: старческий возраст, женский пол, низкая масса тела, ХИП, кровотечения в анамнезе, диуретики, инотропы, поражение ПЖ, переход с одного гепарина на другой.

Польза ТЛТ превышает риск кровотечений: ДА _____ /НЕТ _____
Эффективность ТЛТ (ЭКГ через 60 мин в худшем отведении от окончания ТЛТ): ДА (возвращение ST на > 50% от исходного)/ НЕТ _____

Осложнения ТЛТ: НЕТ/ ЕСТЬ (массивное кровотечение, ОИМК).

Дата: _____ 22 г Время _____ ФИО: _____ Подпись _____



Приложение № 4
к приложению № 3
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Лист оценки полноты мероприятий догоспитального и госпитального этапов оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом

Ф.И.О. _____ Дата рождения _____
Район _____ Доставлен в МО _____
(наименование учреждения здравоохранения)

I. Заполняется сотрудниками СМП					
Дата	Время				
	приёма вызова СМП минимальное	прибытия бригады СМП (не более 20 минут)	снятие ЭКГ (не более 10 минут от ПМК)	прибытия в стационар (не более 60 минут с момента ПМК)	Осмotra врача приёмного отделения до введения катетера в ИСА (не более 60 минут)
Оцениваемые параметры				«Да»	«Нет»
Оказана помощь: Ацетилсалициловая кислота					
Клопидогрель					
Гепарин					
Болевой синдром купирован полностью					
ТЛТ					
Если «НЕТ» указать причину					
ОКС с подъемом сегмента ST					
Пациент доставлен (доставлялся) в РСЦ					
Состав бригады СМП: Врачебная/Фельдшер					
Число медицинских работников СМП (указать)					
ФИО врача/фельдшера					подпись

II. Заполняется врачом РСЦ (ПСО), принимавшим пациента			
Дата и время первого эпизода болей за грудиной (со слов пациента)	« « 2022 г.	« « час.» « мин.	
Дата и время максимальной интенсивности болей за грудиной (со слов пациента)	« « 2022 г.	« « час.» « мин.	
Вызывалась ли СМП по поводу похожих симптомов в течение предшествующих 3 дней (со слов пациента)	ДА « « 2022 г.	НЕТ <input type="checkbox"/>	
Дата и время госпитализации	« « 2022 г.	« « час.» « мин.	
Изменения на ЭКГ СМП:			
Подъем сегмента ST ЭКГ	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ	
Изменения на ЭКГ при поступлении:			
Подъем сегмента ST ЭКГ	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ	
ЧКВ проведено	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ	
Если «НЕТ» указать причину			
ТЛТ проведено	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ	
Если «НЕТ» указать причину			
Маршрутизация соблюдена	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ	
Помощь оказана в полном объеме	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ	
Дефекты оказания помощи на этапе СМП	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ	
Если «ДА», указать какие			

Сотрудник РСЦ (ПСО) _____
(должность) (подпись)

Дата заполнения « _____»



Приложение № 5
к приложению № 3
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

**Отчет о деятельности кардиологического отделения, в котором
осуществляется лечение пациентов с острым коронарным синдромом**

Наименование медицинской организации _____

Отчетная дата _____

№	наименование показателя	За отчетный месяц	Нарастающим итогом
1	Количество штатных / развернутых коек в отделении, единиц		
2	Число госпитализированных больных с ОКС всего человек		
2.1	Из них в первые 24 часа		
2.1.1	в том числе в первые 12 часов		
2.1.2	в том числе в первые 2 часа		
2.1.3	ОКСнST		
2.1.4	ОКСбпST		
2.1.4.1	из них высокого риска		
2.1.4.2	Из них проведено КАГ		
2.1.4.3	Из них проведено ЧКВ с лечебной целью (ангиопластика, тромбэкстракция, стентирование)		
2.1.4.4	Из них проведено стентирование		
3	Число госпитализированных больных ОИМ - всего, человек		
	с подъемом сегмента ST		
	без подъема сегмента ST		
3.1	из них, минуя приемное отделение		
4	Число больных ОИМ, первичная госпитализация которых осуществлена в ОАР, человек		
	с подъемом сегмента ST		
	без подъема сегмента ST		
5	Число умерших, больных ОКС – всего человек		
5.1	из них в первые 24 часа		
6	Всего проведено ТЛТ* больным,		
6.1	из них на логоспитальном этапе		
7	Число больных, переведенных в РСЦ для проведения экстренной коронарографии		



Приложение № 6
к приложению № 3
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Форма ежемесячного отчета по оказанию медицинской помощи пациентам с ОКС
для медицинских организаций

	Критерии:	Число пациентов
1	Количество пациентов, госпитализированных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST	
1.1	В стационары с возможностью проведения чрекожного вмешательства	
1.2	В стационары без возможности проведения чрекожного вмешательства	
2	Количество пациентов, госпитализированных с ОКС без подъема сегмента ST	
2.1	В стационары с возможностью проведения чрекожного вмешательства	
2.2.	В стационары без возможности проведения чрекожного вмешательства	
3	У пациентов с ОКС с подъёмом сегмента ST, поступивших в стационар до 12 часов от начала боли	
3.1	Среднее время от появления симптомов до вызова СМП (симптом-звонок СМП)	
3.2	Среднее время звонок СМП - баллон	
3.3	Среднее время симптом – баллон ИСА для пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, поступивших в стационар до 12 часов от начала боли, которым были выполнены экстренные (первичные) чрекожные коронарные вмешательства	
4	Количество выполненных экстренных чрекожных вмешательств	
4.1	Общее при ИМ с подъемом сегмента ST	
4.2	Среди пациентов, поступивших в первые 12 часов от начала заболевания	
5	Количество пациентов, которым была проведена тромболитическая терапия	
5.1	На догоспитальном этапе	
5.2	На стационарном этапе	
6	Госпитальная летальность при ИМ	
6.1	В стационарах с возможностью проведения чрекожных вмешательств	
6.1.1	При ИМ с подъемом сегмента ST	
6.1.2	Летальность в первые сутки	

6.2	В стационарах без возможности проведения чрезкожных вмешательств	
6.2.1	При ИМ с подъемом сегмента ST	
6.2.2	Летальность в первые сутки	
7	Анализ по отдельным стационарам	
7.1	По стационарам с возможностью проведения чрезкожного вмешательства	
7.1.1	Количество пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST	
7.1.2	Количество выполненных экстренных вмешательств общее	
7.1.3	В течение первых 12 часов	
7.2	По стационарам без возможности проведения чрезкожного вмешательства	
7.2.1	Количество пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST	
7.2.2	Количество пациентов, переведенных в стационары с возможностью проведения чрезкожных вмешательств в течение первых 24 часов	



Регламент оказания медицинской помощи больным с хронической сердечной недостаточностью на территории Владимирской области

Специализированная помощь пациентам с ХСН осуществляется медицинскими организациями в соответствии с трехуровневой системой оказания медицинской помощи в медицинских организациях, перечисленных в приложении № 1 к Регламенту оказания медицинской помощи при хронической сердечной недостаточности (далее – ХСН);

Уровни оказания медицинской помощи при ХСН во Владимирской области

I уровень – медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную, в том числе первичную специализированную медико-санитарную, помощь взрослому населению терапевтического профиля в территориальных больницах, кабинеты ХСН в поликлиниках МО – специализированную помощь на амбулаторном этапе.

II уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре специализированные кардиологические отделения, оказывающие преимущественно специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь взрослому населению по профилю «кардиология».

III уровень – медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь взрослому населению по профилю «кардиология».

Показаниями к госпитализации пациентов ХСН в стационар являются (с целью снижения риска общей, сердечно-сосудистой смертности и профилактики риска внезапной смерти):

Декомпенсация хронической сердечной недостаточности при наличии жизнеугрожающих состояний

А. Нестабильная гемодинамика:

- отек легких, в том числе купированный на этапе СМП
- кардиогенный шок
- гипотония: САД менее 90 мм рт ст
- гипертония: САД более 180 мм рт ст с угрозой развития отека легких
- частота дыхания >25/мин, ЧСС <40 или >130 уд/мин,
- наличие симптомов гипоперфузии
- сатурация кислородом (SpO₂) <90% (несмотря на терапию кислородом)

Б. Пароксизмальные нарушения ритма сердца:

- пароксизмальное нарушение ритма с явлениями декомпенсации по какому – либо из кругов кровообращения

- жизнеугрожающие нарушения ритма (желудочковые аритмии)

В. Необходимость в срочной коррекции проводимой терапии:

- повышение ФК NYHA ХСН на два уровня

- или потребность удвоения в/в петлевых диуретиков без эффективного диуретического ответа.

- консультации.

Перечень участвующих в маршрутизации пациентов с ХСН структурных подразделений МО (зоны ответственности МО) представлен в приложении № 2 к Регламенту оказания медицинской помощи при хронической сердечной недостаточности.

Список контактных телефонов ответственных лиц в медицинских организациях, осуществляющих оказание медицинской помощи в кардиологических отделениях:

- Главный врач ГБУЗ ВО «Вязниковская районная больница», контактный телефон 8 (49233) 2-57-95;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Центральная районная больница № 1», контактный телефон 8 (49241) 2-38-94;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Центральная городская больница г. Коврова», контактный телефон 8 (49232) 3-86-09;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница», контактный телефон 8 (49234) 6-38-41;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Суздальская районная больница», контактный телефон 8 (49231) 2-42-11;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Собинская районная больница», контактный телефон 8 (49242) 2-28-54;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Киржачская районная больница», контактный телефон 8 (49237) 2-31-44;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница», контактный телефон 8 (49245) 2-38-11;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Александровская районная больница», контактный телефон 8(49244) 2-67-41;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница № 5 имени Л.К. Кирилловой», контактный телефон 8 (4922) 21-44-29;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница», контактный телефон 8 (4922) 45-90-09, 32-96-64, 32-61-79;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Городская больница №4 г. Владимира», контактный телефон 8 (4922) 43-03-72, 43-15-66.

Руководителям областных государственных учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь при хронической сердечной недостаточности в амбулаторных и стационарных условиях, обеспечить:

- применение кодирования ХСН в медицинской информационной системе вторым кодом (осложнение основного диагноза) I50 (МКБ-10) в случаях наличия стадии ХСН 2Б - 3 и/или функционального класса III - IV и/или фракции сердечного выброса по методу Симпсона менее или равно 40%;

- применение кодирования у пациентов с ИБС в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса кодов: I50 (см. пункт выше) и I48 в качестве неосновного диагноза (осложнения основного диагноза);

- применение кодирования хронической сердечной недостаточности вторым кодом (не основным) I50.0 (МКБ 10) в соответствии с критериями приказа Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», при которых пациент ставится под диспансерное наблюдение (далее – ДН) к врачу кардиологу, с целью формирования в ТФОМС группы ДН и возможности планирования ДН этой категории больных.

- в срок до трех дней в соответствии с приказом Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» от момента выписки из стационара выписку рецепта на льготное лекарственное обеспечение пациентам, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием, катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, пациентам, страдающим ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка 40%, за исключением лиц, имеющих право на получение социальной услуги в виде обеспечения лекарственными препаратами в соответствии с Федеральным законом от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»;

- консультирование с федеральными центрами и профильными НМИЦ по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с ХСН, в том числе с применением телемедицинских технологий;

Руководителям областных государственных учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, обеспечить:

- оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, в условиях круглосуточного и дневного стационаров пациентам с ХСН врачами-кардиологами, врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики;

- диспансерное наблюдение пациентов с ХСН в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» врачом-кардиологом, врачом-терапевтом, врачом-терапевтом участковым;

- проведение патронажа на дому маломобильных пациентов с ХСН средним медицинским персоналом (медицинские сестры, фельдшера, в том числе фельдшерско-акушерских пунктов), включая телефонный опрос пациентов с ХСН по форме «Опрос (телефонный) медицинской сестрой пациентов с хронической

сердечной недостаточностью» согласно приложению № 3 к настоящему регламенту;

- проведение телемедицинского консультирования с региональным центром ХСН для решения вопроса о направлении пациента с ХСН для оказания высокотехнологичной медицинской помощи при отсутствии эффекта от проводимой лекарственной терапии в соответствии с клиническими рекомендациями по ХСН;

- направление к врачу-кардиологу пациентов с ХСН II-IV функционального класса с недостаточной эффективностью назначенного лечения, невозможностью титрации доз основных лекарственных препаратов для лечения ХСН;

- проведение анализа основных медико-статистических показателей заболеваемости населения ХСН и смертности от ХСН;

- проведение мероприятий по формированию у населения здорового образа жизни, борьбе с факторами риска, первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний среди пациентов с ХСН;

Для патронажа больных с ХСН медицинской сестрой пользоваться опросником (возможен телефонный опрос), сохранять его в амбулаторной карте.

Алгоритм взаимодействия МО и служб, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ХСН, включая межтерриториальное взаимодействие с МО регионального и федерального уровней, в том числе с применением телемедицинских технологий

Медицинская помощь пациентам с ХСН может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) – кабинеты ХСН в территориальных поликлиниках МО и в Региональном центре ХСН (ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница», ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г.Владимира»;

- в дневном стационаре (в условиях дневного медицинского наблюдения и лечения);

- стационарно (в условиях круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

- вне медицинской организации при оказании помощи по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, при оказании медицинской помощи в ходе медицинской эвакуации.

Первичная медицинская помощь при ХСН оказывается в амбулаторных условиях и в условия дневного стационара. Первичная медико-санитарная помощь пациентам с ХСН оказывается в медицинских организациях I и II уровня, а первичная специализированная медицинская помощь – в медицинских организациях II и III уровня.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается медицинскими работниками со средним медицинским образованием, первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики;

1 уровень при оказании первичной медико-санитарной помощи врачи-терапевты участковые, врачи общей практики, фельдшера терапевтических участков и фельдшера ФАПов осуществляют:

лечение и диспансерное наблюдение (алгоритм диспансерного наблюдения настоящего Регламента) следующих категорий пациентов ХСН:

- ХСН I - II ФК по NYHA,
- ХСН III ФК по NYHA при условии стабильности клинического состояния пациента,

- при наличии медицинских показаний направление пациента с ХСН в кабинет врача кардиолога для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи,

- ведение маломобильных пациентов осуществляют с участием патронажных сестер и телефонного контроля (приложение № 3 к Регламенту),

- при наличии медицинских показаний направление пациента с ХСН в отделение терапии или кардиологии.

2 уровень Врачи кардиологи при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в межтерриториальных центрах ХСН осуществляют следующие функции:

- оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи пациентам с ХСН, направленным врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики, фельдшерами терапевтических участков и ФАПов;

- диспансерное наблюдение (алгоритм диспансерного наблюдения настоящего Регламента), лечение и реабилитация следующих категорий пациентов с ХСН:

- ХСН IV ФК по NYHA, включая дистанционное телемедицинское наблюдение,

- ХСН III ФК по NYHA при дестабилизации клинического состояния пациента,

- ХСН после ВМП;

- ведение маломобильных пациентов осуществляют с участием патронажных сестер и телефонного контроля,

- при наличии показаний к ВМП направление пациентов в кабинеты регионального центра ХСН в составе ГБУЗ ВО,

- отбор, подготовку и направление пациентов для оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи.

3 уровень Региональный центр ХСН

расположен на базе ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница», ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г.Владимира»:

- осуществление организационно-методического руководства, оценки качества и эффективности работы межтерриториальных центров по профилактике, диагностике, лечению, реабилитации и диспансерному наблюдению пациентов с хронической сердечной недостаточностью;

- мониторингирование и анализ основных медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности пациентов с хронической сердечной недостаточностью;

- организационно-методическое руководство по раннему выявлению и отбору пациентов с хронической сердечной недостаточностью, нуждающихся в оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;

- отбор пациентов на высокотехнологическую медицинскую помощь больным с ХСН в соответствии с порядками, стандартами и клиническими рекомендациями;

- оказание консультативной помощи врачам медицинских организаций по сложным вопросам диагностики и лечения ХСН, в том числе с применением телемедицинских технологий;

- внедрение в клиническую практику современных методов профилактики, диагностики, лечения пациентов с ХСН и проведение анализа эффективности их применения;

- разработка образовательных программ и участие в повышении квалификации врачей и среднего медицинского персонала по вопросам профилактики, диагностики и лечения ХСН, курсы тематического усовершенствования, проведение вебинаров, семинаров, проведение телемедицинских конференций и консультаций;

- организация персонифицированного учета пациентов с ХСН, ведение регистра больных с ХСН на территории Владимирской области;

- организация диспансерного наблюдения и дистанционного патронажного наблюдения медицинскими сестрами за пациентами с ХСН.

Медицинская эвакуация осуществляется службой скорой медицинской помощи по предварительному согласованию.

Госпитализация в дневной стационар пациентов с ХСН показана при появлении умеренных признаков декомпенсации в виде нарастания одышки, возобновления отечного синдрома или увеличения веса на 2 кг в течение последних 3 дней у пациентов, имеющих возможность ежедневного посещения дневного стационара для внутривенной терапии диуретиками и вазодилататорами (при необходимости), коррекции электролитного обмена (препараты калия, в/в железа), метаболической терапии.

Механизмы своевременного информирования амбулаторной службы о выписке пациента, госпитализированного с декомпенсацией ХСН, с целью реализации раннего (в течение 14 дней после выписки) амбулаторного визита включают в себя:

1. Представление списков пациентов в МО прикрепления через РТ МИС.

2. Дистанционную запись пациента на прием при выписке из стационара.

Порядок направления на реабилитацию определен распоряжением Министерства здравоохранения Владимирской области от 25.02.2022 № 230 «О совершенствовании организации медицинской реабилитации взрослого населения Владимирской области».

Алгоритм диспансерного наблюдения пациентов ХСН и маршрутизация на диагностические обследования

Диспансерное наблюдение осуществляется согласно приказу Минздрава России от 15.03.2022 №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» и приказу Минздрава России № 918н от 05.11.2015 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», представленному в приложении № 4 к настоящему регламенту.

При посещении пациента с ХСН и заполнении талона посещения обязательно указывать код основного заболевания (20.0-25.9), сопутствующего диагноза (I48.0-I48.9) и осложнения (I 50.0- I50.9) для формирования списков включения в регистр БСК с целью лекарственного обеспечения данной группы.

В дальнейшем необходимо обеспечить взятие под ДН пациентов с ХСН и выделить группу пациентов, состоящих на ДН с диагнозом ИБС в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка 40% и ниже, лекарственными препаратами из перечня льготных лекарственных препаратов для обеспечения таких пациентов, утвержденного приказом Минздрава России от 06.02.2024 № 37н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов в целях обеспечения в амбулаторных условиях лекарственными препаратами лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка $\leq 40\%$, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний» (за исключением лиц, имеющих право на получение социальной услуги в виде обеспечения лекарственными препаратами в соответствии с Федеральным законом «О государственной социальной помощи»).

Все диагностические исследования оказываются поликлиникой прикрепления, направление на проведение стресс ЭХО-КГ, КТ и МРТ в соответствии с регламентом маршрутизации на проведение отдельных видов диагностических исследований сердечно-сосудистой системы.

Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия и паллиативную помощь

В целях активизации режима двигательной активности больного, обучения больного новому образу жизни (контролю факторов риска, отказу от вредных привычек, обучение антиатеросклеротической диете и устойчивости к стрессу, повышению бытовой активности), ознакомления с основами физиологии и анатомии сердечно-сосудистой системы (ССС), разъяснения важности

приверженности рекомендациям врача, лекарственной терапии, в связи с необходимостью психологической адаптации больного к существующей болезни, повышения его устойчивости к стрессовым ситуациям и лечения тревожно-депрессивных расстройств, подготовки больного к возобновлению трудовой деятельности в полном или сокращенном объеме, - больным с ХСН должна проводиться кардиореабилитация (далее - КР).

Помощь по КР осуществляется специалистами мультидисциплинарной бригады (МДБ), которые после стабилизации гемодинамики и основных жизненно важных параметров больного назначают с учетом показаний/противопоказаний лечебные и физические методы (ЛФК, физиотерапия, медицинская психология, рефлексотерапия и т.д.).

Реабилитационная помощь больным кардиологического профиля оказывается в зависимости от тяжести их состояния в три этапа:

— на I (раннем стационарном) этапе КР предоставляется больным при остром и подостром периодах заболевания в палате реанимации и интенсивной терапии (ПРИТ) и кардиологическом отделении стационаров;

— на II (стационарном реабилитационном) этапе КР оказывается в специализированных (реабилитационных) стационарных отделениях в период реконвалесценции (выздоровления) при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций органов и систем (в соответствии с величиной реабилитационного потенциала); возможны варианты оказания помощи в стационарных реабилитационных отделениях центра КР или в стационарном отделении КР многопрофильных реабилитационных центров;

— на III (амбулаторно-поликлиническом) этапе КР осуществляется на позднем реабилитационном периоде, т.е. в период остаточных явлений заболевания.

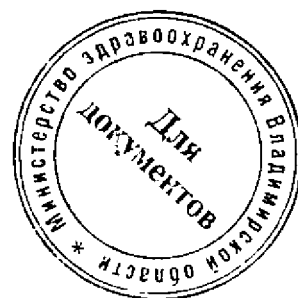
Предусматривается возможность миновать II этап КР больным без осложнений и с легким течением заболевания с направлением их для продолжения реабилитации сразу на III поликлинический этап. Так, в большинстве случаев речь идет о больных с высоким реабилитационным потенциалом: моложе 70 лет, низким риском по шкале GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) при ОКС, с сохраненной сократительной функцией левого желудочка сердца, с полной реваскуляризацией миокарда после ЧКВ, без серьезных нарушений ритма/проводимости и тяжелых сопутствующих заболеваний. Больные после кардиохирургических операций (КШ и т.д.), как правило, проходят все три этапа КР.

Алгоритм направления пациентов с ХСН на паллиативную медицинскую помощь

Больным с выраженным нарушением функции и полностью зависимым от посторонней помощи, т.е. с очень низким реабилитационным потенциалом (без перспективы восстановления функций) для осуществления самообслуживания, перемещения и общения медицинская помощь оказывается в паллиативных отделениях медицинских организаций ГБУЗ ВО «Александровская районная больница», ГБУЗ ВО «Вязниковская районная больница», ГБУЗ ВО «Городская

больница №6 г.Владимира», ГБУЗ ВО «Городская больница ЗАТО г.Радужный», ГБУЗ ВО «Гороховецкая центральная районная больница», ГБУЗ ВО «Камешковская центральная районная больница», ГБУЗ ВО «Киржачская районная больница», ГБУЗ ВО «Ковровская городская больница №2», ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница», ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница», ГБУЗ ВО «Собинская районная больница», ГБУЗ ВО «Судогодская центральная районная больница им. Пospelова», ГБУЗ ВО «Юрьев-Польская центральная районная больница».

Для анализа деятельности МО, оказывающих помощь больным с ХСН, не реже 1 раза в квартал ГВС кардиолог направляет в Министерство здравоохранения Владимирской области отчет по форме согласно приложению № 5 к настоящему регламенту.



Приложение № 1
к приложению № 4
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

ПЕРЕЧЕНЬ
медицинских организаций государственной системы здравоохранения
Владимирской области, в которых организуются областные,
межтерриториальные центры (отделения) для лечения пациентов с ХСН

№ п/п	Наименование медицинской организации
Первичные кабинеты ХСН и терапевтические отделения (1 уровень)	
	Медицинские организации области, оказывающие первичную, в т.ч. первичную медико-санитарную и первичную специализированную медицинскую помощь пациентам с ХСН (кабинет в структуре амбулаторно-поликлинического подразделения для оказания консультативной и лечебно-профилактической помощи пациентам с ХСН) и медицинскую помощь по профилю «терапия» в стационарных условиях
Межтерриториальные специализированные отделения для лечения пациентов с ХСН (2 уровень)	
1.	ГБУЗ ВО «Вязниковская районная больница»
2.	ГБУЗ ВО «Центральная районная больница № 1»
3.	ГБУЗ ВО «Центральная городская больница города Коврова»
4.	ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»
5.	ГБУЗ ВО «Киржачская районная больница»
6.	ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»
7.	ГБУЗ ВО Александровская районная больница»
8.	ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница № 5 г. Владимира имени Л.К. Кирилловой»
9.	ГБУЗ ВО «Собинская районная больница»
10.	ГБУЗ ВО «Суздальская районная больница»
Региональный центр ХСН (3 уровень)	
1.	ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»
2.	ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г. Владимира»



Приложение № 2
к приложению № 4
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Перечень участвующих в маршрутизации пациентов с ХСН структурных подразделений МО (зоны ответственности МО)

	Территориальные медицинские организации	Территориальные медицинские организации	Региональный центр ХСН
	1-й уровень*+ кабинет ХСН	2-й уровень	3 уровень
Александровский район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Александровская районная больница»	ГБУЗ ВО «Александровская районная больница»	ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»
Киржачский район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Киржачская районная больница»	ГБУЗ ВО «Киржачская районная больница»	
Кольчугинский район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»	ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»	
Петушинский район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Петушинская РБ»	ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»	
Селивановский район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Селивановская центральная районная больница»	ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»	
Меленковский район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Меленковская центральная районная больница»	ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»	
Собинский район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Собинская районная больница»	ГБУЗ ВО «Собинская районная больница»	
Судогодский район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Судогодская центральная районная больница имени Поспелова»	Минует 2 уровень	
ЗАТО г.Радужный	ГБУЗ ВО «Городская больница ЗАТО г.Радужный»	Минует 2 уровень	

Гусь – Хрустальный район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Центральная районная больница № 1»	ГБУЗ ВО «Центральная районная больница № 1»	ГБУЗ ВО «Городская больница №4 города Владимира»
Муромский район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»	ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»	
Юрьев – Польский район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Юрьев – Польская центральная районная больница»	ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»	
Вязниковский район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Вязниковская центральная районная больница»	ГБУЗ ВО Вязниковская центральная районная больница»	
Гороховецкий район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Гороховецкая центральная районная больница»	ГБУЗ ВО «Вязниковская центральная районная больница»	
Ковровский район	ГБУЗ ВО «Ковровская многопрофильная городская больница №1»	ГБУЗ ВО «Центральная городская больница города Коврова»	
	ГБУЗ ВО «Ковровская городская больница №2		
Камешковский район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Камешковская центральная районная больница»	ГБУЗ ВО «Центральная городская больница города Коврова»	
Суздальский район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Суздальская районная больница»	ГБУЗ ВО «Суздальская районная больница»	
Город Владимир	ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница №5 г.Владимира имени Л.К. Кирилловой», ГБУЗ ВО «Городская больница № 2 г.Владимира» по графику дежурств терапевтических отделений	ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница №5 г.Владимира имени Л.К. Кирилловой»	

*амбулаторное наблюдение терапевта, фельдшера, врача ОВП осуществляется в поликлинике по месту прикрепления



Приложение № 3
к приложению № 4
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Опрос (телефонный) медицинской сестрой пациентов
с хронической сердечной недостаточностью

Пациент (ФИО) _____

1. Нарастали ли у Вас одышка? Одышка усиливается в положении лежа?
2. Нарастали ли у Вас отеки?
3. Увеличился ли Ваш вес за последнюю неделю?
4. Вас беспокоят сердцебиения или перебои в работе сердца больше, чем обычно?
5. Ухудшилась ли переносимость привычных физических нагрузок?
6. Какие у Вас привычные значения давления и частоты пульса в течение последнего месяца?
7. Регулярно ли Вы принимаете препараты, рекомендованные кардиологом?
Если нет, то почему?

Показатель/дата	Дата опроса	Дата опроса	Дата опроса
Прогрессирование одышки, да/нет			
Нарастание отеков, да/нет, уровень			
Вес, кг			
АД, мм рт ст			
ЧСС, уд/мин			
Неравномерный ритм, да/нет			
Состояние кожных покровов			
Суточный диурез или оценка суточного водного баланса			
Контроль выполнения лабораторных и инструментальных исследований			
Оценка функционально класса ФК, I-IV			
Приверженность к «кардио» терапии, да/нет			
Тактика*			
Дополнительная информация			
Подпись медицинской сестры			
Подпись врача			

*при ответе «да» на 3 из первых 5 вопросов определение одного из трех типов реагирования: плановый визит пациента к врачу, активный патронаж пациента врачом/мед.сестрой, вызов пациенту скорой медицинской помощи.

Периодичность плановых контактов медицинской сестры с пациентами с хронической сердечной недостаточностью:

	I ФК(НУНА)	II ФК(НУНА)	III-IV ФК (НУНА)
Телефонный опрос	1 раз в 3 месяца	1 раз в 8 недель	1 раз в неделю, в дальнейшем по рекомендации врача не реже 1 раза в месяц
Школа ХСН для пациента	1 раз в 12 месяцев	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев
Контроль лабораторных исследований	По рекомендации врача согласно индивидуальному плану ведения пациента с ХСН	По рекомендации врача согласно индивидуальному плану ведения пациента с ХСН	По рекомендации врача согласно индивидуальному плану ведения пациента с ХСН



Приложение № 4
к приложению № 4
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Показания к диспансерному наблюдению в амбулаторных условиях
врачом-терапевтом (фельдшером) и врачом-кардиологом

Врач-терапевт	Врач-кардиолог
ХСН предстадия, 1-2 стадии и/или I-II ФК по NYHA и/или ФВ ³ 40%	ХСН 2 стадия и/или III-IV ФК по NYHA и/или ФВ<40%
без СД и/или ХБП 4 и 5 стадии	ХСН 1-2а стадии и/или I-II ФК по NYHA и/или ФВ ³ 40% в сочетании с СД и/или ХБП 4 и 5 стадии
<ul style="list-style-type: none"> - вес (ИМТ), окружность талии, статус курения, АД, ЧСС – не реже 2 раз в год - общетерапевтический биохимический анализ крови (калий, натрий, креатинин с расчетом СКФ, глюкоза билирубин, АСТ, АЛТ) – не реже 2 раз в год - МНО (по показаниям) - уровень NT-proBNP – не реже 1 раза в 2 года - ЭКГ, ХМ ЭКГ, рентгенография ОГК – не реже 1 раза в год - ЭХО-КГ – не реже 2 раз в год 	



Приложение № 5
к приложению № 4
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-п

Ежеквартальный отчет главного кардиолога

МО	Количество больных, поступивших с ОДХСН	Умерло	Из них состоит на Диспансерном учете.	Направлено на 3-й уровень оказания мед помощи



Регламент маршрутизации пациентов с острым аортальным синдромом

Перечень медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам с острым аортальным синдромом (расслаивающая аневризма торако-абдоминального отдела аорты):

ГБУЗВО «Областная клиническая больница»

ГБУЗ ВО «Александровская районная больница».

Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с острым аортальным синдромом:

Для диагностики острого аортального синдрома применяются следующие методы исследования:

инструментальные:

- ультразвуковая доплерография брюшного отдела аорты;
- дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (ДС БЦА), восходящего отдела аорты, брюшного отдела аорты;
- МРТ или КТ ангиография всех отделов аорты.

При наличии признаков расслаивающей аневризмы аорты для хирургической коррекции по экстренным показаниям показана госпитализация пациента:

а) в отделение сердечно-сосудистой хирургии ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»;

б) в отделение сердечно-сосудистой хирургии ГБУЗ ВО «Александровская районная больница».

С возможной последующей маршрутизацией санавиацией в Федеральные центры.

Список контактов ответственных лиц всех медицинских организаций и служб, задействованных в оказании медицинской помощи пациентам с острым аортальным синдромом, представлен в приложении № 1 к настоящему регламенту.

Схема маршрутизации пациентов с острым аортальным синдромом представлена в приложении № 2 к настоящему регламенту.



Приложение № 1
к приложению № 5
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по медицинской части	8 (4922) 40-71-85
2	Заведующий региональным сосудистым центром	8 (4922) 40-70-25
3	Заведующий неврологическим отделением для больных с ОНМК	8 (4922) 40-70-28
4	Заведующий нейрохирургическим отделением	8 (4922) 40-70-40
5	Заведующий отделением рентгенхирургических методов диагностики и лечения	8 (4922) 40-70-03
6	Заведующий отделением сосудистой хирургии	8 (4922) 40-71-06
7	Заведующий консультативной службой	8 (4922) 32-90-20

ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г. Владимира»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по медицинской части	8 (4922) 32-34-46
2	Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе	8 (4922) 53-00-36
3	Заведующий 1-м неврологическим отделением для больных с ОНМК	8 (4922) 32-61-69
4	Заведующий неврологическим отделением для больных с ОНМК	8 (4922) 45-16-49

5	Заведующий неврологическим отделением для больных с ОНМК	8 (4922) 32-41-84
---	--	-------------------

ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по медицинской части	8 (49234) 4-66-02
2	Заведующий неврологическим отделением для больных с ОНМК	8 (49234) 3-26-80
3	Руководитель РСЦ, зав. ОРХМДиЛ	8 (920) 907-00-07

ГБУЗ ВО «Центральная городская больница г. Коврова»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по РСЦ	8 (49232) 3-81-70
2	Заведующий неврологическим отделением для больных с ОНМК	8 (49232) 3-81-64
3	Заместитель главного врача по медицинской части, зав. ОРХМДиЛ	8 (915) 761-85-13

ГБУЗ ВО «Александровская районная больница»

№ п/п	Должность	Телефон
1	И.о. заместителя главного врача по медицинской части	8 (49244) 2-00-45
2	Руководитель РСЦ, зав. ОРХМДиЛ	8 (999) 613-49-57
3	Врач сердечно-сосудистый хирург	8 (915) 603-32-42
4	Зав. неврологическим отделением с больных с ОНМК	8 (915) 760-83-81



Приложение № 2
к приложению № 5
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-п

Схема маршрутизации пациентов с острым аортальным синдромом

Наименование и характеристики медицинской организации, численность профильных коек	Зоны обслуживания, численность населения
<p>ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница» Региональный сосудистый центр (РСЦ):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Неврологическое отделение для больных с ОНМК (50 коек) - Палаты реанимации и интенсивной терапии для больных с ОНМК в составе отделения ОНМК (9 коек) - Нейрохирургическое отделение (43 койки) - Отделение реанимации и интенсивной терапии № 1 (12 коек) <p>Среднее время медицинской эвакуации пациента с ОНМК в зоне ответственности – 60 - 90 минут</p> <p>Способ госпитализации - минуя общее приемное отделение</p> <p>Количества компьютерных томографов - 1 (128 срезов) в здании РСЦ и 1 (64 среза) в хирургическом корпусе</p> <p>Количество магнитно-резонансных томографов - 1 (3.0 Т) в здании хирургического корпуса</p> <p>Количество рентгенангиографических установок – 2 в здании РСЦ</p>	городской округ Гусь-Хрустальный
	Гусь-Хрустальный район (без поселков Золотково и Добрятино)
	Собинский муниципальный округ
	Судогодский район
	городской округ ЗАТО г. Радужный
	Камешковский район, населенные пункты: Круглово, Дмитриково, Мирный, Высоково, Второво, Патакино, Суслово, Гатиха, Пенкино, Н. Быковка
	г. Муром, Муромский район
	Меленковский район
	Селивановский район
	Вязниковский район (деревня Паустово)
	Гороховецкий район (село Фоминки)
	Гусь-Хрустальный район (поселки Золотково и Добрятино)
	Гороховецкий район (без села Фоминки)
	г. Ковров, Ковровский район

Регламент маршрутизации пациентов с тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА)

Специализированная помощь пациентам с установленным диагнозом тромбоэмболия легочной артерии (далее – ТЭЛА) осуществляется медицинскими организациями в соответствии с трехуровневой системой оказания медицинской помощи в медицинских организациях согласно приложению № 1 к регламенту маршрутизации пациентов с ТЭЛА.

Маршрутизация пациентов с тромбоэмболией легочной артерии на территории Владимирской области для оказания медицинской помощи осуществляется по территориальному принципу согласно приложению № 2 к регламенту маршрутизации пациентов с ТЭЛА.

Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с ТЭЛА представлен в приложении № 3 к регламенту маршрутизации пациентов с ТЭЛА.

Список контактов для взаимодействия с ответственными лицами и службами медицинских организаций, задействованных в оказании медицинской помощи пациентам с ТЭЛА – приложение № 6.4 к регламенту маршрутизации пациентов с ТЭЛА.

Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с ТЭЛА Общие положения

Настоящий Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам при тромбоэмболии легочной артерии (далее - Алгоритм) устанавливает правила оказания медицинской помощи пациентам с ТЭЛА, коды по МКБ-10: I26.0; I26.9 в медицинских организациях Владимирской области в соответствии с порядками, стандартами и клиническими рекомендациями.

Медицинская помощь пациентам с ТЭЛА на территории Владимирской области оказывается в виде:

- первичной специализированной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;

Медицинская помощь пациентам с ТЭЛА может оказываться в следующих условиях:

- вне медицинской организации при оказании помощи по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, при оказании медицинской помощи в ходе медицинской эвакуации);
- стационарно (в условиях круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

Медицинская помощь пациентам с ТЭЛА может быть оказана:

- экстренно при внезапных острых заболеваниях (состояниях), представляющих угрозу жизни пациента;
- неотложно при внезапных острых состояниях, заболеваниях, не представляющих непосредственной угрозы жизни пациента;
- планово - амбулаторно, после стационарного этапа.

Принципы взаимодействия медицинских организаций

1. В рамках единой государственной системы здравоохранения, согласно требованиям, в целях соблюдения этапов оказания медицинской помощи, планирования их рационального размещения на территории Владимирской области определен перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пациентам с ТЭЛА по уровням (приложение № 2 к Регламенту):

I уровень – медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную, в том числе первичную специализированную медико-санитарную, помощь взрослому населению по профилю «кардиология» и/или специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь различного профиля в многопрофильных больницах с привлечением к процессу лечения врача-кардиолога.

II уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре специализированные кардиологические отделения и/или межтерриториальные отделения/центры, оказывающие преимущественно специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь взрослому населению по профилю «кардиология», и имеющие в структуре учреждения компьютерную томографию или вентиляционную сцинтиграфию.

III уровень – медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь взрослому населению по профилю «кардиология» и «сердечно-сосудистая хирургия».

2. В случае установки диагноза ТЭЛА и определении показаний к тромболитической терапии в стационаре I уровня или на догоспитальном этапе – согласование перевода с ответственным дежурным врачом стационара II уровня, согласно приложению № 2 к регламенту (при отсутствии противопоказаний к транспортировке).

3. При транспортировке пациента с ТЭЛА в тяжелом клиническом состоянии бригада скорой медицинской помощи заблаговременно предупреждает врача приемного отделения дежурного.

Перечень медицинских организаций, задействованных в оказании медицинской помощи пациентам с ТЭЛА

Список контактных лиц:

Главный врач ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница», контактный телефон 8(4922) 45-90-09, 32-96-64, 32-61-79;

Главный врач ГБУЗ ВО «Городская больница №4 г. Владимира», контактный телефон 8(4922) 43-03-72, 43-15-66;

Главный врач ГБУЗ ВО «Центральная городская больница г. Коврова», контактный телефон 8(49232) 3-86-09;

Главный врач ГБУЗ ВО «Александровская районная больница», контактный телефон 8(49244) 2-00-45;

Главный врач ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница», контактный телефон 8 (49234) 6-38-41.

Алгоритм оказания медицинской помощи на при подозрении на ТЭЛА на этапе скорой медицинской помощи

1. При подозрении на ТЭЛА пациенты доставляются бригадой скорой медицинской помощи в стационар в соответствии со схемой маршрутизации.

2. При выявлении на догоспитальном этапе у пациента клинических симптомов, позволяющих заподозрить ТЭЛА, бригада скорой медицинской помощи осуществляет:

- полный сбор анамнеза с указанием возможных провоцирующих факторов (наличие онкологического заболевания в настоящее время или в анамнезе, прием оральных контрацептивов, беременность, известные венозные тромбозы и т.д.)

- оценку клинической картины, включая осмотр нижних конечностей на предмет одностороннего отека со сравнительным измерением окружности конечностей на 10-15см ниже и выше линии колена (диагностически значимая разница более 3 см), болезненность по ходу глубоких вен голени;

- оценка состояния гемодинамики: уровень сознания, уровень АД, периферические симптомы шока, цвет кожных покровов;

- оценка ЧСС и сатурации кислорода пульсоксиметром;

- регистрацию ЭКГ (обращать внимание на наличие признаков перегрузки правых отделов: полная или неполная блокада ПНПГ, синусовая тахикардия, SIQ3T3-паттерн, предсердные и желудочковые нарушения ритма);

- определение клинической вероятности ТЭЛА с использованием шкалы Geneva (приложение № 5 к регламенту маршрутизации пациентов с ТЭЛА).

3. Бригада скорой медицинской помощи оказывает неотложную медицинскую помощь в соответствии с приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1126н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при легочной эмболии» (при отсутствии противопоказаний к приему препаратов):

- купирование болевого синдрома (при его наличии) при необходимости наркотическими анальгетиками;

- проведение терапии лечебными дозировками внутривенного нефракционированного гепарина или низкомолекулярных гепаринов, или фондапаринукса подкожно.

- купирование опасных для жизни аритмий;

-лечение острой сердечно-легочной недостаточности, включая кислородотерапию, и проведение при необходимости сердечно-легочной реанимации;

- больных с ТЭЛА с клиникой шока, отека легких, с жизнеугрожающими нарушениями ритма, реанимированных после остановки кровообращения, госпитализируют непосредственно в отделение реанимации, минуя этап приемного отделения.

4. При транспортировке пациента с ТЭЛА в тяжелом клиническом состоянии бригада скорой медицинской помощи заблаговременно предупреждает врача приемного отделения дежурного стационара.

8. При невозможности стабилизации гемодинамики, риске смерти в машине скорой медицинской помощи, пациент госпитализируется в ближайшую медицинскую организацию, имеющую в своей структуре реанимационно-анестезиологическое отделение (далее РАО), в штатную численность которой входят врачи реаниматологи-анестезиологи. Необходимо провести МСКТ легких с контрастированием при наличии в медицинской организации компьютерного томографа.

9. Медицинская эвакуация пациентов из районов осуществляется бригадами скорой медицинской помощи с обязательным сопровождением врача реаниматолога.

10. Перемаршрутизация пациентов с установленным диагнозом ТЭЛА из медицинских организаций, оказывающих специализированную кардиологическую помощь и/или имеющих в своей структуре ОРИТ, запрещена.

Алгоритм обследования и лечения пациентов с ТЭЛА в стационаре

1. Для постановки диагноза ТЭЛА в стационаре 1 уровня необходимо выявить:

- характерные жалобы,
- клинические признаки, типичные для ТЭЛА,
- оценка клинической вероятности (предтестовой) наличия тромбоза легочной артерии с использованием шкалы Geneva (Приложение 5 к регламенту маршрутизации пациентов с ТЭЛА),
- повышение уровня Д-димера (более информативен отрицательный результат теста, который исключает диагноз ТЭЛА), повышение уровня тропонинов, МВ КФК свидетельствуют о неблагоприятном прогнозе,
- соответствующие структурные изменения сердца (признаки перегрузки правых отделов сердца по ЭКГ и ЭХО-КГ),
- ультразвуковое исследование глубоких вен нижних конечностей (как наиболее частый источник венозной тромбоза – далее ВТЭ),
- для определения прогностического риска 30-дневной смерти использование шкалы PESI или sPESI (приложение № 3 к регламенту маршрутизации пациентов с ТЭЛА).

Критерии нестабильной гемодинамики:

1. Клиника остановки кровообращения, потребовавшая проведение сердечно – легочной реанимации.

2. Обструктивный шок: Систолическое АД < 90 мм рт ст или необходимость использования вазопрессоров для поддержания АД \geq 90 мм рт ст, несмотря на адекватную коррекцию объема циркулирующей крови.

3. Персистирующая гипотензия: Систолическое АД < 90 мм рт ст или падение систолического АД \geq 40 мм рт ст длительностью более 15 мин и не связанное с такими состояниями как аритмия, гиповолемия или сепсис.

4. При развитии клинических симптомов ТЭЛА у пациентов, находящихся на лечении в стационарах, пациенту проводится определение риска госпитальной тромбоэмболии (шкала IMPRUVE – приложение №4 к данному алгоритму), компьютерная ангиография легочных артерий и перевод в палату/отделение реанимации и интенсивной терапии. После подтверждения диагноза ТЭЛА в кратчайшие сроки проводится консультация с кардиологом организации 2 уровня. Возможно применение телемедицинских технологий.

При госпитализации пациента с подозрением на ТЭЛА в медицинские организации 1, 2 уровня проводится определение предтестовой вероятности тромбоза глубоких вен (шкала WELLS – приложение № 5 к регламенту маршрутизации пациентов с ТЭЛА), прогностического риска (шкала PESI см. приложение № 5 к регламенту маршрутизации пациентов с ТЭЛА), диагностическое обследование. Госпитализация осуществляется в палату/отделение реанимации и интенсивной терапии. Оказывается медицинская помощь в соответствии с действующими рекомендациями.

Основные принципы в лечении ТЭЛА:

4.1. Незамедлительное назначение антикоагулянтной терапии пациентам с ТЭЛА промежуточного и высокого рисков.

4.2. Купирование гипоксемии и острой правожелудочковой недостаточности;

4.3. При наличии клинических, ЭКГ-признаков ТЭЛА, явлениях кардиопульмонального шока, высокого риска смертельного исхода проводится системный тромболитис.

4.4. системный тромболитис также показан пациентам с ТЭЛА промежуточного риска при неэффективности антикоагулянтной терапии и развитии клиники кардиогенного шока.

В процессе диспансерного наблюдения через 6 месяцев после перенесенного эпизода ТЭЛА пациенту должна быть проведена эхокардиография. При сохранении/нарастании у пациента признаков легочной гипертензии и изменений правых отделов сердца – КТ-ангиография легочных артерий, консультация кардиолога консультативной поликлиники.

При выявлении у пациента впервые УЗ-признаков значительной легочной гипертензии, трикуспидальной недостаточности пациенты направляются на консультацию к кардиологу Кабинета легочной гипертензии (ГБУЗ ВО «Городская больница №4 г.Владимира», телефон (4922) 53-50-61).

При наличии показаний к специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с ТЭЛА соответствующие документы направляются ТМК в федеральный центр города Москвы.

Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших ТЭЛА, в том числе с привлечением кабинетов антикоагулянтной терапии (см. соответствующий раздел), и скрининг для выявления хронической тромбоэмболической легочной гипертензии

Диспансерное наблюдение врачом-кардиологом осуществляется при тромбоэмболии легочной артерии – в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях, с обеспечением не реже 4 посещений в год.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения России от 15.03.2022г №168н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми» выполняется:

- Антропометрия, измерение АД, ЧСС – при каждом посещении;
- общетерапевтический биохимический анализ крови – не реже 1 раза в год;
- клинический анализ крови – не реже 1 раза в год;
- контроль МНО (при терапии варфарином) – не реже 4 раз в год;
- ЭКГ, рентгенография ОГК – не реже 1 раза в год;
- ЭХО-КГ – не реже 2 раз в год.

Оценка состояния пациентов, выписанных из больницы после ТЭЛА, должна проводиться через 3-6 месяцев после эпизода острой ТЭЛА. У пациентов с жалобами на одышку при физической нагрузке и снижение толерантности к физической нагрузке следует провести ЭХО-КГ как первый этап оценки вероятности формирования легочной гипертензии (ЛГ) и, следовательно, возможной хронической тромбоэмболической легочной гипертензии (ХТЭЛГ).

Маршрутизация пациентов, перенесших ТЭЛА, в случае выявления хронической тромбоэмболической легочной гипертензии

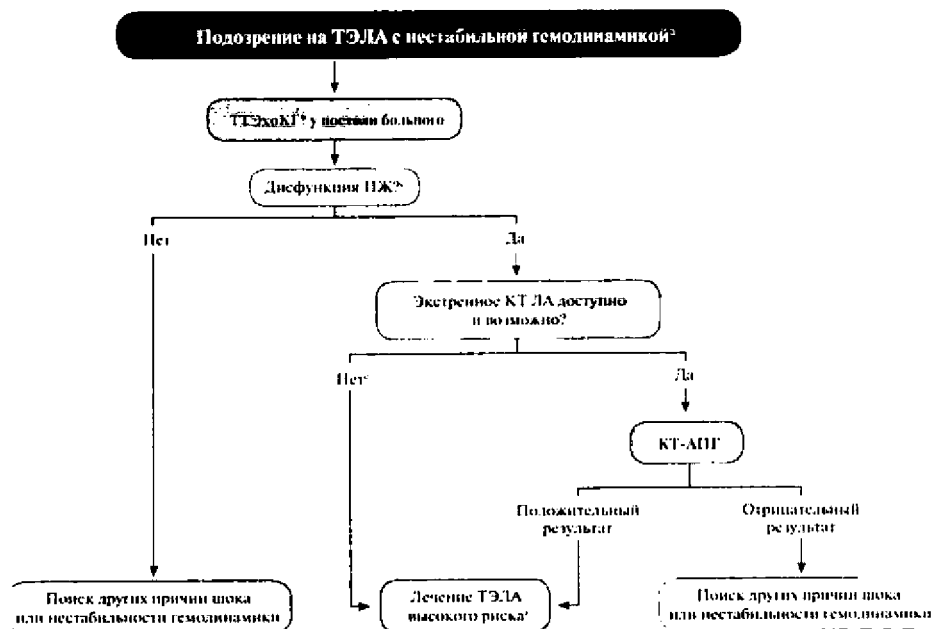
Пациенты Владимирской области с подтвержденной клинически и по данным ЭХО-КГ легочной гипертензией направляются в Центр Легочной гипертензии ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г.Владимира» для дальнейшей диагностики и уточнения диагноза.

Для уточнения характера легочной гипертензии пациент направляется в федеральный центр города Москвы после телемедицинской консультации.

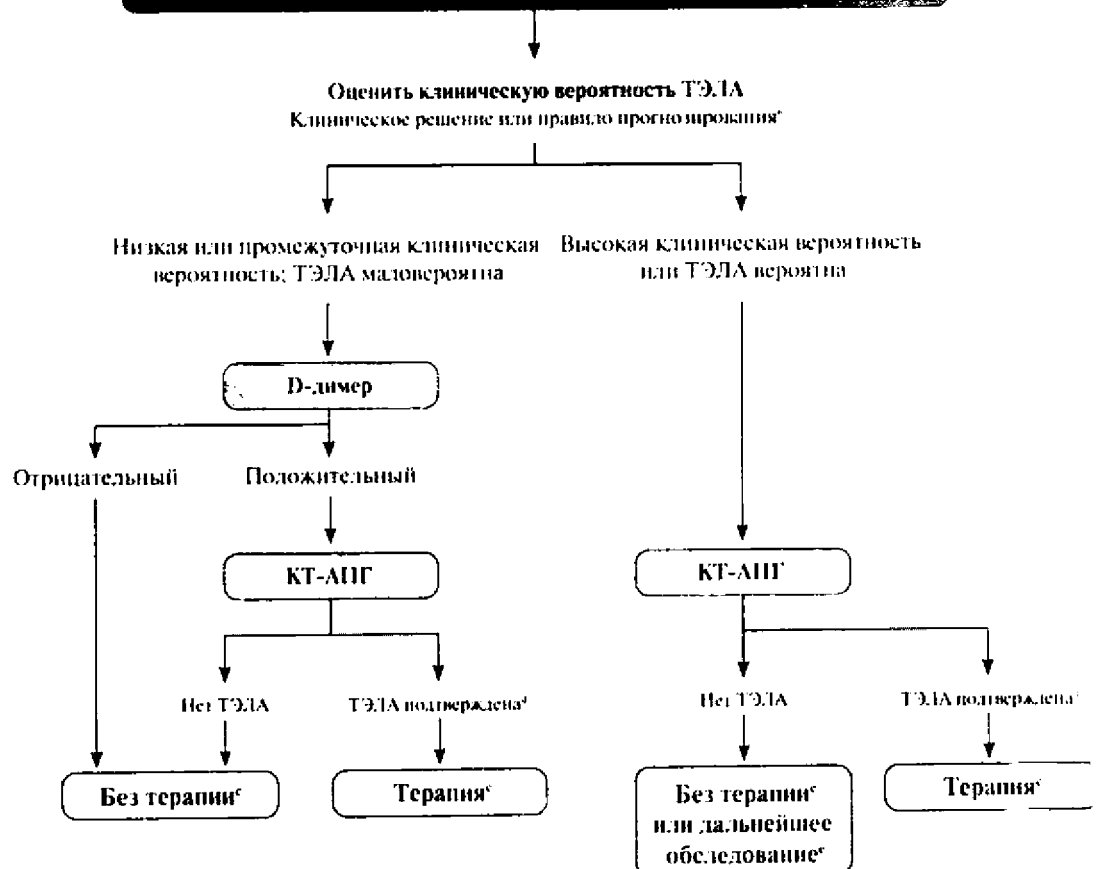
При подозрении на ХТЭЛГ выполняется компьютерная томография легких/катетеризация правых отделов сердца + ангиопульмонография / сцинтиграфия легких. При подтверждении диагноза пациент в дальнейшем наблюдается в центре легочной гипертензии (ЛАГ-центр). Пациенту назначается патогенетическая терапия. При необходимости рассматриваются показания для направления на МСЭ и получение группы инвалидности, определение возможного источника обеспечения ЛАГ-терапией.

Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия пациентов с ТЭЛА не отличается от представленного в общей части Регионального Порядка.

Диагностический алгоритм при подозрении ТЭЛА в зависимости от состояния гемодинамики.



Подозрение на ТЭЛА без нестабильной гемодинамики*



Шкалы оценки вероятности тромбоэмболии легочной артерии

**Пересмотренная шкала Geneva
клинической оценки вероятности ЛЭ**

Параметры	Баллы	
	Оригинальная версия [91]	Упрощенная версия [87]
Анамнез ЛЭ или ТГВ	3	1
Частота сердечных сокращений		
75-94 уд./мин	3	1
≥ 95 уд./мин	5	2
Хирургия или перелом за последний мес.	2	1
Кровохарканье	2	1
Активный рак	2	1
Односторонняя боль в конечности	3	1
Боль в нижней конечности при пальпации и односторонний отёк	4	1
Возраст >65 лет	1	1
Клиническая вероятность		
<i>Трёхуровневая шкала</i>		
Низкий риск	0-3	0-1
Промежуточный риск	4-10	2-4
Высокий риск	≥ 11	≥ 5
<i>Двухуровневая шкала</i>		
ЛЭ маловероятна	0-5	0-2
ЛЭ вероятна	≥ 6	≥ 3

Сокращения: ЛЭ — лёгочная эмболия, ТГВ — тромбоз глубоких вен.



Приложение № 1
к приложению № 6
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Перечень медицинских организаций государственной системы здравоохранения
Владимирской области, в которых организуются отделения для лечения
пациентов с ТЭЛА

№ п/п	Наименование медицинской организации
Межтерриториальные отделения	
1	ГБУЗ ВО «Вязниковская районная больница»
2	ГБУЗ ВО «Центральная районная больница № 1»
3	ГБУЗ ВО «Центральная городская больница города Коврова»
4	ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»
5	ГБУЗ ВО «Киржачская районная больница»
6	ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»
7	ГБУЗ ВО Александровская районная больница»
8	ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница № 5 г. Владимира имени Л.К.Кирилловой»
9	ГБУЗ ВО «Собинская районная больница»
10	ГБУЗ ВО «Суздальская районная больница»



Приложение № 2
к приложению № 6
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Маршрутизация пациентов с ТЭЛА на территории Владимирской области для
оказания медицинской помощи

Муниципальное образование	Территориальные медицинские организации	Территориальные медицинские организации	Региональный центр	
	1-й уровень	2-й уровень	3 уровень	
Александровский район	ГБУЗ ВО «Александровская районная больница»	ГБУЗ ВО «Александровская районная больница»	ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»	
Киржачский район	ГБУЗ ВО «Киржачская районная больница»			
Кольчугинский район	ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»			
Петушинский район	ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»			
Селивановский район	ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»	ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»	ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»	
Меленковский район	ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»			
Собинский район	ГБУЗ ВО «Собинская районная больница»	ГБУЗ ВО «Собинская районная больница»		
Судогодский район	ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»	ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»		
ГБУЗ ВО «Городская больница ЗАТО г.Радужный	ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»			
Гусь – Хрустальный район	ГБУЗ ВО «Центральная районная больница № 1»			
Муромский район	ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»	ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»		
Юрьев – Польский район	ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»	ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»		ГБУЗ ВО «Городская больница №4
Вязниковский	ГБУЗ ВО «Вязниковская	ГБУЗ ВО		

район	центральная районная больница»	«Центральная городская больница города Коврова»	города Владимира»
Гороховецкий район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Гороховецкая центральная районная больница»		
Ковровский район	ГБУЗ ВО «Центральная городская больница города Коврова»		
Камешковский район	ГБУЗ ВО «Центральная городская больница города Коврова»	ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница №5 г.Владимира имени Л.К. Кирилловой»	
Суздальский район	ГБУЗ ВО «Суздальская районная больница»		
Город Владимир Фрунзенский район	ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница №5 г. Владимира имени Л.К. Кирилловой»	ГБУЗ ВО «Городская больница №4 города Владимира»	
Город Владимир Октябрьский, Ленинский район	ГБУЗ ВО «Городская больница №4 города Владимира»		



Приложение № 3
к приложению № 6
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Тромболитические препараты, применяемые для лечения ТЭЛА

Молекула	Режим назначения	Противопоказания к фибринолизу
рТАП	100мг за 2ч, 0,6мг/кг за 15 мин (максимальная дозировка 50 мг)*	<p>Абсолютные:</p> <ul style="list-style-type: none"> - геморрагический инсульт или инсульт неясной этиологии в анамнезе; - Ишемический инсульт за последние 6 мес.; - Новообразование центральной нервной системы; - политравма, оперативное вмешательство, травма головы за последние 3 нед.; - геморрагический диатез; - кровотечение <p>Относительные:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Транзиторная ишемическая атака за последние 6 мес.; - Пероральные антикоагулянты; - беременность или первая неделя после родоразрешения; - места пункции, неподдающиеся компрессии; - травматичная реанимация; - рефрактерная гипертензия - тяжелая патология печени; - инфекционный эндокардит; - активная пептическая язва
Стрептокиназа	250000 Ед. нагрузочная дозировка в течение 30 мин., в последующем 100000Ед/ч в течение 12-24ч. Ускоренный режим введения: 1,5млн Ед. в течение 2ч.	
Урокиназа	4400 Ед./кг нагрузочная дозировка за 10 минут, в последующем 4400 Ед./ч в течение 12-24ч Ускоренный режим введения: 3млн Ед. за 2ч	



Приложение № 4
к приложению № 6
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Оригинальный и упрощенный индекс тяжести легочной эмболии PESI

Параметры	Баллы	
	Оригинальная версия	Упрощенная версия
Возраст	Возраст в годах	1 балл (если возраст более 80 лет)
Мужской пол	+10 баллов	-
Рак	+30 баллов	1
ХСН	+10 баллов	1
Хроническое заболевание легких	+10 баллов	
Частота пульса более 110 уд./мин	+20 баллов	1
Систолическое АД менее 100 мм.рт.ст.	+30 баллов	1
Частота дыхания более 30 в мин	+20 баллов	-
Гипотермия менее 36С	+20 баллов	-
Нарушенное сознание	+60 баллов	-
Насыщение оксигемоглобином крови менее 90%	+20 баллов	1
Уровни риска*		
	Класс I: ≤65 баллов очень низкий риск 30-дневной смерти (0-1,6%) Класс II: 66-85 баллов низкий риск смерти (1,7-3,5%) Класс III: 86-100 баллов умеренный (промежуточный) риск смерти (3,2-7,1%) Класс IV: 106-125 баллов высокий риск смерти (4,0-11,4%) Класс V: >125 баллов очень высокий риск смерти (10,0-24,5%)	0 баллов = 30-дневный риск смерти 1,0% (95% ДИ 0,0-2,1%) ≥1 балла = 30-дневный риск смерти 10,9% (95% ДИ 8,5-13,2%)

– Примечание: * основан на сумме баллов.

– Сокращения: АД – артериальное давление, ДИ – доверительный интервал.



Приложение № 5
к приложению № 6
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-п

Шкала WELLS

Для оценки претестовой вероятности ТЭЛА (валидизированная диагностическая шкала, разработанная для диагностики ТЭЛА).

-
- ТГВ или ТЭЛА в анамнезе шкала (Wells)
 - Недавние хирургические операции или иммобилизация
 - Онкопроцесс
 - Кровохарканье
 - ЧСС > 100 ударов/мин
 - Клинические признаки ТГВ
 - При проведении дифференциальной диагностики ТЭЛА наиболее вероятна

Баллы: 0

Вероятность возникновения:

- **Низкая** — 0-1
- **Промежуточная** — 2-6
- **Высокая** — ≥ 7

Шкала IMPROVE

Шкала IMPROVE — (International Medical Prevention Registry on Venous Thromboembolism/Международный реестр медицинской профилактики венозной тромбоэмболии) — используется для оценки риска ТГВ/ТЭЛА у нехирургических больных.

-
- Венозные тромбоэмболические осложнения в анамнезе
 - Известная тромбофилия (дефицит протеина С или S, фактор V Лейден, волчаночный антикоагулянт)
 - Парез или паралич нижних конечностей
 - Злокачественное новообразование (кроме не меланомы кожи) в любое время последние 5 лет
 - Пребывание в отделении (блоке) интенсивной терапии
 - Полная иммобилизация ≥ 7 дней (нахождение в кровати или на стуле с выходом в туалет)

или без него)

Возраст >60 лет

Баллы: 0

1. Умеренный риск при сумме баллов 2-3
2. Высокий риск при сумме баллов ≥ 4



**Регламент организации оказания медицинской помощи больным
с острыми нарушениями мозгового кровообращения
на территории Владимирской области**

1. Настоящий регламент регулирует вопросы организации оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения (далее - ОНМК).

2. К ОНМК относятся состояния, соответствующие кодам I60 - I64, G45 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр).

3. Оказание медицинской помощи больным с ОНМК осуществляется в рамках последовательного процесса, начинающегося на догоспитальном этапе, продолжающегося в стационарных условиях в медицинских организациях, далее - в амбулаторно-поликлинических учреждениях, в том числе в отделениях реабилитации, санаторно-курортных учреждениях.

4. Оказание медицинской помощи больным с ОНМК на догоспитальном этапе осуществляется в следующем порядке:

4.1. Врачами и фельдшерами амбулаторно-поликлинических подразделений медицинской организации оказывается медицинская помощь с последующим вызовом скорой медицинской помощи (далее - СМП) и экстренным направлением больных на госпитализацию бригадами врачебной или фельдшерской СМП.

4.2. Бригада СМП обеспечивает коррекцию жизненно важных функций, проведение (при необходимости) реанимационных мероприятий и максимально быструю госпитализацию больного в ближайшую медицинскую организацию, в структуре которой организовано первичное сосудистое отделение (далее - ПСО) или региональный сосудистый центр (далее РСЦ), включающее неврологическое отделение для больных с ОНМК (далее - Отделение), согласно алгоритму догоспитальной помощи при ОНМК.

4.3. 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.

4.4. На догоспитальном этапе бригадой СМП, транспортирующей больного с ОНМК, заполняется контрольный лист о вероятном проведении тромболитической терапии (приложение 2 к регламенту оказания медицинской помощи больным с ОНМК), который сдается дежурному неврологу ПСО или РСЦ.

4.5. Госпитализации подлежат все пациенты с подозрением на ОНМК.

4.6. Негоспитализированные больные с диагнозом ОНМК обеспечиваются медицинской помощью амбулаторно-поликлиническими учреждениями. Информация о негоспитализированных больных передается из отделения (станции) СМП или приемного отделения стационара в поликлинику по месту жительства больного с регистрацией факта передачи информации (кто, когда и куда передал и кто, когда принял) в соответствующих журналах.

5. Больные с признаками ОНМК при поступлении в ПСО (РСЦ) направляются, минуя приемный покой, в смотровой кабинет, где в экстренном порядке осматриваются дежурным врачом-неврологом, который:

- оценивает состояние жизненно важных функций организма больного, общее состояние больного, неврологический статус;

- по медицинским показаниям совместно с реаниматологом 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).

6. 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.

7. После проведения мероприятий, указанных в пункте 5 настоящего регламента, больной с признаками ОНМК направляется в кабинет компьютерной томографии и (или) магнитно-резонансной томографии медицинской организации, в которой создано Отделение для проведения компьютерной томографии (далее - КТ-исследование) или магнитно-резонансной томографии (далее - МРТ-исследование) головного мозга с целью уточнения диагноза.

8. Заключение по результатам проведения КТ/МРТ-исследования головного мозга передается дежурному/ врачу-неврологу Отделения.

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

10. Дежурный невролог заполняет карту первичного осмотра больного с ОНМК. 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 (далее - БРИТ) Отделения. Время с момента поступления больного в медицинскую организацию до перевода в профильное отделение составляет не более 60 минут.

11. Пациентам с верифицированным ишемическим инсультом в случае, если время от появления первых симптомов заболевания до момента начала лечения не превышает 4,5 часа, показано, с учетом противопоказаний, проведение внутривенной тромболитической терапии в условиях БРИТ Отделения.

12. Больным, у которых по заключению КТ/МРТ-исследования установлены признаки геморрагического инсульта, 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.

13. 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.

14. Перевод больного из ПСО в РСЦ для оперативного лечения осуществляется при наличии показаний.

14.1. Вопрос о необходимости проведения церебральной ангиографии, эндоваскулярной реваскуляризации церебральных артерий (стентирования сосудов головного мозга, механическая тромбоэкстракция и тромбоаспирация) определяется коллегиально ответственным врачом-неврологом, реаниматологом, рентген - хирургом и рентген-диагностом.

14.2. Транспортировка больного в РСЦ осуществляется силами общепрофильной или реанимационной бригады (при наличии показаний) СМП в экстренном порядке (приоритетный вызов). Бригада СМП должна осуществить транспортировку в кратчайшие сроки. После осмотра больной направляется в рентген-операционную. После выполнения лечебных мероприятий больной переводится в реанимационное отделение под наблюдение и лечение дежурного реаниматолога. При наличии геморрагической трансформации инсульта больной в экстренном порядке консультируется нейрохирургом. После проведения вмешательства по стабилизации состояния больной переводится в ПСО.

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

16. В палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии в течение 3 часов с момента поступления каждому больному с ОНМК проводятся:

- оценка неврологического статуса, в том числе с использованием оценочных шкал (NIHSS; шкала комы Глазго и т.п.);
- оценка соматического статуса;
- оценка функции глотания,
- оценка нутритивного статуса;
- лабораторные исследования крови (развернутый общий анализ, биохимический анализ, коагулограмма) и общий анализ мочи;
- дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных сосудов;
- дуплексное сканирование транскраниальное;
- определение тактики ведения и назначение необходимых мероприятий, направленных на предотвращение повторного развития ОНМК.

17. В палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии Отделения в течение всего срока пребывания каждому больному с ОНМК проводятся: - мониторинг неврологического статуса (не реже чем 1 раз в 4 часа, при необходимости чаще);

- мониторинг соматического статуса, включающий контроль за функцией сердечно-сосудистой, дыхательной системы и системы гомеостаза (не реже чем 1 раз в 4 часа, при необходимости чаще);

- мониторинг лабораторных показателей;

- мероприятия по предупреждению соматических осложнений и повторного развития ОНМК;

- оценка нутритивного статуса;

- ранняя медицинская реабилитация.

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

- транскраниальная микроэмбоидетекция;

- транскраниальное доплеровское мониторирование;

- эхокардиография трансторакальная;

- системная тромболитическая терапия и (или) тромбоэмболэктомия.

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

20. Мероприятия по предупреждению развития повторного ОНМК проводятся не позднее 3 суток с момента развития ОНМК и включают медикаментозные и хирургические (при наличии медицинских показаний) методы лечения. Медикаментозные методы лечения, направленные на предотвращение развития повторных ОНМК, продолжают непрерывно после завершения оказания медицинской помощи в стационарных условиях под наблюдением медицинских работников медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

21. Комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций нервной системы вследствие ОНМК, проводится бригадой специалистов Отделения, включающей врача лечебной физкультуры, врача по медицинской реабилитации, врача-физиотерапевта, логопеда, инструктора по лечебной физкультуре, медицинского психолога, социального работника и, при наличии медицинских показаний, иных специалистов, с первого дня оказания медицинской помощи в Отделении и продолжается после выписки больного, перенесшего ОНМК, из Отделения медицинскими организациями, осуществляющими медицинскую реабилитацию (Клиника «Радужная» ФГБУЗ МЦ «Решма» ФМБА России (Владимирская область, г.Радужный, квартал 17, д.11А), ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г.Владимира).

22. После окончания срока лечения в Отделении в стационарных условиях дальнейшие тактика ведения и медицинская реабилитация больного с ОНМК определяются врачами и заведующим Отделением.

23. Больные с ОНМК при наличии медицинских показаний направляются для проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские (Клиника «Радужная» ФГБУЗ МЦ «Решма» ФМБА России (Владимирская область, г.Радужный, квартал 17, д.11А), ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г.Владимира)

и санаторно-курортные организации, имеющие лицензию на медицинскую реабилитацию.

24. При определении медицинской организации для дальнейшего оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях или реабилитации больного, перенесшего ОНМК, рекомендуется оценивать уровень его мобильности по шкале реабилитационной маршрутизации (далее - ШРМ).

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

Алгоритм помощи при ОНМК на догоспитальном этапе

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

Для исключения диабетической комы исследование глюкозы крови портативным глюкометром.

В случае диабетической комы - транспортировка больного в профильный стационар + оказание догоспитальной помощи.

Наличие клиники ОНМК: экспресс-диагностика (FAST): речевые нарушения, асимметрия лица, парез конечности.

Стабилизация витальных функций (корректировка АД на уровне 190 - 180/110 – 100 мм рт. ст.):

- избегать резкого снижения АД;
- не применять Фуросемид;
- не использовать сосудистые препараты, Пирацетам;
- нормализация функции внешнего дыхания (заведение воздуховода за корень языка, освобождение полости рта от рвотных масс, интубация трахеи и ИВЛ, подача увлажненного кислорода);
- купирование судорожного синдрома;
- стараться осуществлять в/в инфузии, преимущественно в вены кистей или стоп.

С целью выявления пациентов с предполагаемой окклюзией крупной церебральной артерии в дополнение к алгоритму оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе необходимо выполнить следующие действия:

- определить точное время начала заболевания (появление первых симптомов) или время последнего контакта с пациентом, если точное время начала заболевания неизвестно;
- оценить уровень сознания;
- оценить выраженность неврологического дефицита на основании догоспитальной шкалы оценки выраженности неврологического дефицита

(LAMS). При угнетении сознания до уровня сопора или комы балл по шкале LAMS не определяется. Вместо этого указывается степень угнетения сознания (сопор или кома).

- обеспечить сортировку на основании шкалы LAMS, уровня сознания, времени от начала заболевания до осмотра бригадой СМП:

а) при сумме баллов по шкале LAMS > 4 и времени от начала заболевания до осмотра бригадой СМП не более 4 часов медицинская эвакуация осуществляется в стационар, в котором возможно выполнение реперфузии с помощью эндоваскулярного вмешательства, после согласования с дежурными неврологом и врачом по рентгенэндоваскулярным методам диагностики и лечения;

б) при сумме баллов по шкале LAMS < 4 или если отмечается угнетение сознания до сопора или комы, или время от начала заболевания до осмотра бригадой СМП превышает 4 часа – медицинская эвакуация осуществляется в стационар согласно регламенту маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения, необходимо обеспечить максимально быструю медицинскую эвакуацию с учетом произведенной сортировки.

Оповестить приемное отделение ПСО (РСЦ) или кабинет круглосуточного КТ (МРТ) по телефону, сообщить о тяжести состояния больного: ЧСС, АД, ЧДД, степени нарушения сознания, наличии судорожного синдрома. Сообщить о необходимости осмотра реаниматологом. Экстренная транспортировка больного, минуя приемное отделение, в смотровой кабинет ПСО (РСЦ).

Контрольный лист о вероятном проведении тромболитической терапии, заполняемый врачебно-фельдшерской бригадой скорой медицинской помощи, транспортирующей больного с ОНМК, представлен в приложении № 1 к настоящему регламенту.

Шкала догоспитальной оценки тяжести инсульта (LAMS)

С целью оценки тяжести инсульта сотрудникам выездных бригад скорой медицинской помощи необходимо выполнить следующие действия.

Оценка лицевой мускулатуры.

Попросить пациента показать зубы, поднять брови, закрыть глаза, зажмурить глаза. Допускается демонстрация данных команд врачом. Оценить симметричность гримасы в ответ на болевой стимул у пациентов, которые не могут понять медицинского работника (при речевых расстройствах):

– 0 баллов – нет асимметрии или минимальная асимметрия лица;

– 1 балл – частичный или полный паралич мимической мускулатуры в нижней трети лица с одной стороны или полное отсутствие движений мимической мускулатуры в верхних и нижних отделах лица с одной стороны.

Удержание рук.

Руки следует вытянуть под углом 90° (если пациент сидит) или 45° (если пациент лежит на спине). Допускается демонстрация выполнения приема врачом для пациентов с афазией. Не допускается нанесение болевых стимулов.

– 0 баллов – руки удерживаются под углом 90° или 45° без малейшего опускания;

- 1 балл – одна рука медленно опускается, но производит некоторое сопротивление силе тяжести;

- 2 балла – рука быстро падает без сопротивления силе тяжести.

Сжимание кисти в кулак.

Попросить пациента плотно сжать указательный и средний пальцы в кулаке.

Оценить силу сжатия с двух сторон:

- 0 баллов – сжимает симметрично, сила не снижена;

- 1 балл – с одной стороны сжимает слабее;

- 2 балла – не сжимает, движения в кисти отсутствуют или имеют место минимальные движения.

Сумма баллов: от 0 до 5.

При угнетении уровня сознания до сопора или комы балл по шкале LAMS не определяется. Вместо этого указывается степень угнетения сознания (сопор или кома).

Алгоритм оказания нейрохирургической медицинской помощи больным с ОНМК, включая субарахноидальное кровоизлияние

Хирургическая тактика при острых нарушениях мозгового кровообращения, включая нетравматические субарахноидальные кровоизлияния (далее - САК), дифференцирована и зависит от вида ОНМК, его причин, локализации, размера, анатомической формы кровоизлияния, клинического течения, выраженности общемозговой симптоматики, выраженности дислокации мозга, сопутствующей патологии и др.

I. Геморрагический инсульт

Открытое хирургическое лечение показано больным с:

1. Субкортикальными гематомами (более 30 куб.см.) с нарушением сознания не глубже сопора,

2. Мозжечковыми гематомами 10-15 куб.см.

3. Путаменальными гематомами, имеющими масс-эффект, компримирующими желудочки, при быстро нарастающем угнетении сознания, при отсутствии тампонады желудочков - операция как реанимационное пособие.

4. При наличии в арсенале нейрохирургов нейронавигации или стереотаксиса возможно хирургическое лечение путаментальных и таламических кровоизлияний методом пункционной аспирации и локального фибринолиза. Использование локального фибринолиза не показано больным в состоянии сопора и комы.

5. Наружное дренирование боковых желудочков показано при развитии окклюзионной гидроцефалии при гематомах мозжечка малого объема без признаков дислокации ствола, при гемотампонаде желудочков.

II. Артериальные аневризмы (далее - АА)

Хирургическое вмешательство (открытая операция) производится при состоянии пациента по шкале Ханга-Хесса I-II степени, при отсутствии мозгового сосудистого спазма.

При III степени по шкале Ханта-Хесса вопрос об операции решается индивидуально.

При IV-V степени шкалы Ханта-Хесса больные оперативному лечению не подлежат.

III. Артериовенозные мальформации (далее - АВМ)

1. В остром периоде кровоизлияния - наличие гематомы, вызывающей сдавление и дислокацию головного мозга, показана трепанация черепа и удаление гематомы.

2. В холодном периоде - открытое удаление АВМ или эндоваскулярная окклюзия.

IV. Ишемический инсульт

При локализации очага ишемии в задней черепной ямке и развитии окклюзионной гидроцефалии может быть показана:

- ликворшунтирующая операция,
- декомпрессивная краниотомия задней черепной ямки,
- комбинация двух вышеперечисленных операций.

При полушарной локализации ишемического инсульта – в исключительных случаях производится декомпрессивная краниотомия.

Схема маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) представлена в приложении № 7.2 к настоящему регламенту.

Алгоритм организации нейрохирургической консультативной помощи больным с ОНМК, включая САК

1. С целью определения необходимости нейрохирургического вмешательства или перевода в РСЦ больных с ОНМК осуществляется консультация нейрохирурга в РСЦ, в том числе и в первичных сосудистых отделениях, находящихся в структуре МО, путем:

- телемедицинской связи;
- очной консультации нейрохирурга в медицинской организации.

2. Консультация нейрохирурга проводится после обязательного обследования больного (МРТ или КТ (при возможности проведения), анализы крови, мочи, коагулограмма, биохимические показатели крови, МНО, АЧТВ, ЭКГ, рентгенограмма легких). При предположении наличия артериальной аневризмы, АВМ или другой патологии сосудов мозга проводится МРТ-ангиография или КТ-ангиография, или церебральная ангиография (при возможности проведения).

3. Перевод больных в РСЦ осуществляется с согласия ответственного дежурного нейрохирурга РСЦ.

Противопоказания к нейрохирургическому вмешательству и переводу больных в РСЦ:

- состояние комы-шкала комы Глазго меньше 8;
- гипокоагуляция (нарушение свертываемости крови);
- обширный путаменно-таламический инсульт с прорывом крови в желудочки;

-тяжелые сопутствующие соматические заболевания в стадии декомпенсации, сопровождающиеся сердечной, почечной, печеночной недостаточностью;

- повторный инсульт с выраженными последствиями послепредшествующего инсульта;

- грубые психические расстройства;

- эпилептический статус;

- патология сердца и аорты: инфаркт миокарда, аневризма сердца, аневризма аорты, мерцательная аритмия различного генеза;

- множественные атеросклеротические поражения аорты и ее ветвей -сосудов сердца, головного мозга, конечностей;

- патология легких: пневмония различного генеза, отек легких;

3- патология печени с декомпенсацией функции;

- патология почек с декомпенсацией функции;

- сахарный диабет в стадии декомпенсации (некорректируемый сахар крови);

- шок, коллапс, артериальная гипотензия различного генеза; нерегулируемая артериальная гипертензия (злокачественные формы);

-злокачественные новообразования в 3-4 стадии, в том числе злокачественные заболевания крови;

-острые гнойно-воспалительные процессы;

-активные формы туберкулеза;

-острые инфекционные процессы.

Сроки лечения больных в нейрохирургическом отделении РСЦ определяются стандартами оказания медицинской помощи. Перевод больных из нейрохирургического отделения РСЦ при заживлении операционной раны производится для дальнейшего лечения:

- в первичные сосудистые отделения;

- в отделения реабилитации, в том числе в специализированные отделения санаторно-курортных организаций;

- в неврологические отделения медицинской организации по месту жительства;

- в медицинскую организацию по месту прикрепления.

Показания к плановой консультации нейрохирурга

1. Транзиторная ишемическая атака (далее - ТИА) - при выявленном гемодинамически значимом стенозе сосудов головы и шеи.

2. Предположение на наличие АА, АВМ после перенесенного нетравматического субарахноидального кровоизлияния (в холодном периоде).

3. Состояние после геморрагического инсульта при наличии постинсультной кисты, вызывающей компрессию головного мозга (при условии отсутствия жизнеугрожающей компрессии и дислокации головного мозга).

4. Состояние после ишемического инсульта с целью решения вопроса целесообразности операции ЭИКМА.

5. Патологическая извитость сонных артерий при наличии показаний к хирургическому лечению.

Показания к экстренной консультации нейрохирурга

1. Нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние. В случае нетранспортабельности пациента он включается в дистанционный мониторинг РСЦ для консультативно-методического сопровождения специалистами РСЦ. По мере стабилизации состояния и при сохраняющихся показаниях для нейрохирургической помощи больной транспортируется в РСЦ.
2. Внутримозговое нетравматическое кровоизлияние любой локализации.
3. Оклюзионная гидроцефалия, в том числе при ишемическом инсульте мозжечка.
4. Полушарная локализация ишемического инсульта с выраженным дислокационным синдромом (5 мм и более) при сохранении уровня сознания до комы.



Приложение № 1
к приложению № 7
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Контрольный лист
о вероятном проведении тромболитической терапии, заполняемый
врачебно-фельдшерской бригадой скорой медицинской помощи,
транспортирующей больного с ОНМК

ФИО _____ Возраст _____

1. Данные анамнеза настоящего заболевания:

а) Известно ли время начала заболевания? _____

б) Укажите время начала заболевания (чч/мм _____)

в) Инсульт развился во время сна? (симптомы зафиксированы сразу после сна?)

г) Симптомы возникли более 4,5 часов назад?

д) Укажите какие симптомы имеют место: головная боль, головокружение, слабость в руке или ноге, нарушения речи (нужное подчеркнуть).

2. Данные анамнеза жизни:

	«Да»	«Нет»
Переносил ли инсульт за последние 3 месяца		
Переносил ли пациент геморрагический инсульт		
Инсульт в анамнезе + сахарный диабет		
Выполнялись ли какие-либо оперативные вмешательства в последние 3 месяца		
Была ли травма головы в последние 3 месяца		
Выполнялся ли аборт в последние 3 месяца		
Беременна ли сейчас пациентка		
Было ли обострение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки за последние 3 месяца		
Переносил ли пациент операции на головном и спинном мозге		
Устанавливался ли ранее диагноз опухоли мозга, аневризмы, АВМ		
Страдает ли пациент почечной и печеночной недостаточностью		
Страдает ли пациент острым панкреатитом, гепатитом, эндокардитом		
Отмечались ли ранее повышенная кровоточивость, находился ли пациент по этому поводу на лечении/обследовании		
Уровень сознания менее 12 баллов по шкале Глазго		
Получал ли пациент за 48 часов до инсульта гепарин, оральные антикоагулянты (варфарин, ривароксабан, аликсабан)		

Если в разделе данных анамнеза жизни отмечен хоть один квадратик в столбце «Да», то проведение тромболитической терапии больному противопоказано.

Лист заполнил врач/фельдшер _____ (Дата)
(нужное подчеркнуть) (ФИО) (Подпись)
(Время)

Контрольный лист передается с больным в стационар для внесения в медицинскую карту стационарного больного.



<p>Среднее время медицинской эвакуации пациента с ОНМК в зоне ответственности – 15 - 45 минут</p> <p>Способ госпитализации - минуя общее приемное отделение</p> <p>Количества компьютерных томографов - 1 (64 среза) в здании ПСО</p> <p>Количество рентгенангиографических установок – 2 в здании ПСО для больных с ОКС</p>	<p>Камешковский район, населенные пункты: Круглово, Дмитриково, Мирный, Высоково, Второво, Патакино, Суслово, Гатиха, Пенкино, Н. Быковка</p> <p>Юрьев-Польский район</p>
<p>ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»</p> <p>Региональный сосудистый центр (РСЦ):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Неврологическое отделение для больных с ОНМК – 33 - Палата реанимации и интенсивной терапии для больных с ОНМК в составе отделения ОНМК (6 коек) - Отделение реанимации и интенсивной терапии (6 коек) <p>Среднее время медицинской эвакуации пациента с ОНМК в зоне ответственности – 15 - 60 минут</p> <p>Способ госпитализации - минуя общее приемное отделение</p> <p>Количества компьютерных томографов - 1 (64 среза) в здании ПСО и 1 (64 среза) в соседнем здании</p>	<p>г. Муром, Муромский район</p> <p>Меленковский район</p> <p>Селивановский район</p> <p>Вязниковский район (деревня Паустово)</p> <p>Гороховецкий район (село Фоминки)</p> <p>Гусь-Хрустальный район (поселки Золотково и Добрятино)</p>
<p>ГБУЗ ВО «Центральная городская больница города Коврова»</p> <p>Региональный сосудистый центр РСЦ)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Неврологическое отделение для больных с ОНМК (43 койки) - Палаты реанимации и интенсивной терапии в составе отделения ОНМК (8 коек) - Отделение реанимации и интенсивной терапии (9 коек) <p>Среднее время медицинской эвакуации пациента с ОНМК в зоне ответственности – 15 - 120 минут</p>	<p>Гороховецкий район (без села Фоминки)</p> <p>г. Ковров, Ковровский район</p>

<p>Способ госпитализации - минуя общее приемное отделение</p> <p>Количества компьютерных томографов - 1 (64 среза) в здании ПСО</p> <p>Количество рентгенангиографических установок – 1 в здании ПСО</p>	<p>Камешковский район, без населенных пунктов: Круглово, Дмитриково, Мирный, Высоково, Второво, Патакино, Суслово, Гатиха, Пенкино, Н. Быковка</p>
<p>ГБУЗ ВО «Александровская районная больница» Региональный сосудистый центр (РСЦ):</p> <ul style="list-style-type: none"> – неврологические для больных с ОНМК – 40 – реанимационные – 15 (в том числе неврологические для больных с ОНМК – 7) – нейрохирургические – 10 <p>Среднее время медицинской эвакуации пациента с ОНМК в зоне ответственности – 15 - 60 минут</p> <p>Способ госпитализации - минуя общее приемное отделение</p> <p>Количества компьютерных томографов - 1 (64 среза) в здании РСЦ и 1 (64 среза) в соседнем здании</p> <p>Количество магнитно-резонансных томографов - 1 (1.5 Т) в здании РСЦ</p> <p>Количество рентгенангиографических установок – 1 в здании РСЦ</p>	<p>Вязниковский район (без деревни Паустово)</p> <hr/> <p>всего</p> <hr/> <p>Александровский район</p> <hr/> <p>Киржачский район</p> <hr/> <p>Кольчугинский район</p>



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

1. Перечень медицинских организаций, проводящих выявление стенотического поражения экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий методами скринингового ультразвукового обследования и/или компьютерно-томографической ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий, оказывающих первичную, в том числе первичную специализированную, медико-санитарную помощь:

- ГБУЗВО «Областная клиническая больница»
- ГБУЗ ВО «Центральная поликлиника г. Владимира»
- ГБУЗ ВО «Городская больница № 2 г.Владимира»
- ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г.Владимира»
- ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница № 5 г. Владимира имени Л.К. Кирилловой»
- ГБУЗ ВО «Городская больница № 6 г.Владимира»
- ГБУЗ ВО «Городская больница № 7 г.Владимира»
- ГБУЗ ВО «Александровская районная больница»
- ГБУЗ ВО «Вязниковская центральная районная больница»
- ГБУЗ ВО «Гороховецкая центральная районная больница»
- ГБУЗ ВО «Центральная районная больница № 1»
- ГБУЗ ВО «Камешковская центральная районная больница»
- ГБУЗ ВО «Киржачская районная больница»
- ГБУЗ ВО «Ковровская многопрофильная городская больница № 1»
- ГБУЗ ВО «Ковровская городская больница № 2»
- ГБУЗ ВО «Центральная городская больница города Коврова»
- ГБУЗ ВО «Ковровская районная больница»
- ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»
- ГБУЗ ВО «Меленковская центральная районная больница»
- ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»
- ГБУЗ ВО «Петушинская районная больница»
- ГБУЗ ВО «Городская больница ЗАТО г. Радужный Владимирской области»
- ГБУЗ ВО «Селивановская центральная районная больница»
- ГБУЗ ВО «Собинская районная больница»
- ГБУЗ ВО «Судогодская центральная районная больница имени Поспелова»
- ГБУЗ ВО «Суздальская районная больница»
- ГБУЗ ВО «Юрьев-Польская центральная районная больница»
- ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Муром» (структурное подразделение, расположенное в г. Владимире)

ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Муром» (структурное подразделение, расположенное в г. Муром)

ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Муром» (структурное подразделение, расположенное в г. Ковров)

ООО «Эльче».

2. Перечень медицинских организаций, проводящих выявление стенотического поражения экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий методами скринингового ультразвукового обследования и/или компьютерно-томографической ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях:

ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»

ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г.Владимира»

ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница № 5 г. Владимира имени Л.К. Кирилловой»

ГБУЗ ВО «Александровская районная больница»

ГБУЗ ВО «Вязниковская центральная районная больница»

ГБУЗ ВО «Гороховецкая центральная районная больница»

ГБУЗ ВО «Центральная районная больница № 1»

ГБУЗ ВО «Киржачская районная больница»

ГБУЗ ВО «Центральная городская больница города Коврова»

ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»

ГБУЗ ВО «Меленковская центральная районная больница»

ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»

ГБУЗ ВО «Петушинская районная больница»

ГБУЗ ВО «Городская больница ЗАТО г. Радужный Владимирской области»

ГБУЗ ВО «Селивановская центральная районная больница»

ГБУЗ ВО «Собинская районная больница»

ГБУЗ ВО «Судогодская центральная районная больница имени Пospelова»

ГБУЗ ВО «Суздальская районная больница»

ГБУЗ ВО «Юрьев-Польская центральная районная больница»

3. Перечень медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий:

ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница».

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

4.1 Для диагностики стенотического поражения брахиоцефальных артерий последовательно применяются следующие методы исследования:

а) физикальные:

- пальпация сонных артерий (ослабление пульсации сонных артерий на стороне поражения);

- аускультация артерий шеи (систолический шум на сонных артериях);

б) инструментальные:

- ультразвуковая доплерография сосудов дуги аорты;

- дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (ДС БЦА);
- МРТ или КТ ангиография артерий шеи;
- церебральная ангиография.

4.2 В качестве доступных скрининговых методов для диагностики стенозирующих поражений брахиоцефальных артерий следует использовать физикальные методы исследования, ультразвуковую доплерографию сосудов дуги аорты и дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий.

4.3 Физикальные методы исследования брахиоцефальных артерий выполняются врачами первичного звена при осмотре всех пациентов, имеющих факторы риска сердечно-сосудистых катастроф, с признаками хронической недостаточности мозгового кровообращения, пациентам, имеющим в анамнезе ОНМК или преходящее нарушение мозгового кровообращения.

4.4 Ультразвуковая доплерография сосудов дуги аорты и дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий проводится группам пациентов, указанным в предыдущем пункте в учреждениях здравоохранения области, оказывающих первичную, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь (п.1 настоящего регламента).

4.5 При наличии диагностированного стеноза до 50 % (при отсутствии признаков нестабильности бляшки по данным ДС БЦА) проводится консервативное лечение основного заболевания (атеросклероза) и рекомендуется повторное ДС БЦА через 12 месяцев.

4.6 При стенозе 50 – 69 % при асимптомном течении (при отсутствии признаков нестабильности бляшки по данным ДС БЦА) рекомендуется проведение медикаментозной терапии (антиагреганты, статины, коррекция факторов риска прогрессирования атеросклероза), контрольное ДС через 6 месяцев.

4.7 При наличии признаков нестабильности бляшки по данным ДС БЦА независимо от степени стеноза показана госпитализация пациента в нейрохирургическое отделение ОКБ для хирургической коррекции по экстренным показаниям.

4.8 При стенозе 50 – 69 % в случае симптомного течения (наличие у пациента в анамнезе указаний на ишемический инсульт, преходящее нарушение мозгового кровообращения, монокулярную слепоту в гомолатеральном бассейне) пациент рассматривается как кандидат на проведение хирургического лечения. Требуется направление на консультацию нейрохирурга ОКБ.

4.9 При стенозе 70 % и более независимо от типа течения показана консультация нейрохирурга ОКБ для решения вопроса о хирургическом лечении.

5. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий на этапе оказания стационарной медицинской помощи:

5.1 При диагностировании стеноза брахиоцефальных артерий по данным дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий, МСКТ или МРТ

ангиографии церебральных артерий у пациента, находящегося на лечении в стационаре, в том числе с ТИА или ОНМК, возможен перевод пациента в ОКБ для проведения хирургической коррекции непосредственно из стационара, в котором находится пациент. Перевод осуществляется после предварительного согласования даты госпитализации пациента между представителями администрации медицинских организаций (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе или иное ответственное лицо, наделенное соответствующими полномочиями).

5.2 Для принятия решения о переводе в ОКБ с целью хирургической коррекции стенозов брахиоцефальных артерий необходима подробная информация о пациенте, в том числе жалобы, анамнез, неврологический и соматический статус, данные о динамике заболевания, результаты лабораторно-инструментальных методов исследования, дата развития ОНМК, реабилитационный потенциал, настрой пациента в отношении хирургической коррекции.

6. Список контактов ответственных лиц всех медицинских организаций и служб, задействованных в оказании медицинской помощи пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий, представлен в приложении № 1 к настоящему регламенту.

**Алгоритм взаимодействия регионального сосудистого центра (РСЦ) с
первичными сосудистыми центрами (ПСО) и другими
государственными бюджетными учреждениями здравоохранения
области в части оказания медицинской помощи больным с сердечно-
сосудистыми заболеваниями**

1. Порядок направлен на организацию взаимодействия между лечебными учреждениями при оказании медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, исходя из необходимости достижения следующих целей и задач:

- улучшение качества и сокращение сроков оказания первой медицинской и первой врачебной помощи при сосудистых заболеваниях;

- максимально возможное сокращение сроков доставки и концентрации больных с сосудистыми заболеваниями в специализированных сосудистых центрах, имеющих материально-техническую и кадровую возможность оказания различных видов (реанимация и интенсивная терапия, неврология, кардиология, реабилитация) специализированной медицинской помощи в круглосуточном режиме;

- соблюдение правил «терапевтического окна» при доставке пациентов в сосудистые отделения и оказании им специализированной медицинской помощи;

- эффективного взаимодействия первичных сосудистых отделений (ПСО) и других медицинских организаций при оказании медицинской помощи на всех этапах лечения;

- использования мероприятий реабилитационного и восстановительного лечения больным с сосудистыми заболеваниями.

2.1. Государственные бюджетные учреждения здравоохранения Владимирской области, оказывающие населению первичную медико-санитарную, в том числе первичную специализированную, медицинскую помощь, а также скорую медицинскую помощь, обеспечивают:

2.1.1. направление и доставку пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) или острым коронарным синдромом (ОКС) согласно схемам маршрутизации, утвержденным распоряжением Министерства здравоохранения Владимирской области от 18.03.2021 № 247 «О совершенствовании маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом и острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Владимирской области», в ПСО и РСЦ и оказание медицинской помощи больным с ОНМК или ОКС на догоспитальном этапе в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи, в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций (с 01.01.2022), с учетом стандартов медицинской помощи.

2.1.2. диспансерное наблюдение пациентов, перенесших ОНМК или ОКС, выписанных из ПСО и РСЦ.

2.1.3. проведение мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний среди прикрепленного населения, в том числе своевременное лекарственное обеспечение пациентов, перенесших ОНМК или ОКС.

2.1.4. проведение третьего этапа реабилитации пациентов, перенесших ОНМК или ОКС.

2.1.5. направление пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, при наличии показаний, в медицинские организации, оказывающие данной категории больных специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

2.1.6. преемственность в оказании медицинской помощи пациентам, перенесшим ОНМК или ОКС, соблюдая рекомендации, полученные на предыдущих этапах.

2.2. Первичные сосудистые отделения осуществляют:

2.2.1. госпитализацию пациентов с ОНМК или ОКС, направленных государственными бюджетными учреждениями здравоохранения Владимирской области, оказывающими населению первичную медико-санитарную, в том числе первичную специализированную медицинскую помощь, а также скорую медицинскую помощь в соответствии со схемами маршрутизации, утвержденными распоряжением Департамента здравоохранения Владимирской области от 18.03.2021 № 247 «О совершенствовании маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом и острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Владимирской области».

2.2.2. госпитализацию пациентов с признаками ОНМК или ОКС, обратившихся в ПСО в порядке самообращения при подтверждении диагноза в ходе обследования, проведенного в приемном отделении.

2.2.3. оказание специализированной медицинской помощи больным с ОНМК или ОКС в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи, в соответствии с Порядками оказания медицинской

помощи, на основе клинических рекомендаций (с 01.01.2022), с учетом стандартов медицинской помощи.

2.2.4. проведение пациентам с ОНМК или ОКС, находящимся на стационарном лечении, мероприятий первого этапа медицинской реабилитации.

2.2.5. направление пациентов, перенесших ОНМК или ОКС по окончании проведенного стационарного лечения при наличии показаний в медицинские организации, имеющие в своем составе подразделения, осуществляющие мероприятия второго этапа медицинской реабилитации.

2.2.6. направление пациентов, перенесших ОНМК или ОКС, по окончании проведенного стационарного лечения при наличии показаний в медицинские организации, имеющие в своем составе подразделения, осуществляющие оказание паллиативной медицинской помощи.

2.2.7. направление пациентов, перенесших ОНМК или ОКС, при наличии показаний в РСЦ для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

2.2.8. выдачу рекомендаций по дальнейшему ведению пациентов, перенесших ОНМК или ОКС, после окончания стационарного этапа, в том числе рекомендаций, касающихся вторичной профилактики острых сосудистых катастроф.

2.2.9. госпитализацию пациентов из РСЦ, при достижении критериев стабилизации состояния, при необходимости продолжения лечения в стационарных условиях после окончания лечения в РСЦ, по согласованию сторон.

2.2.10. запрос консультативной помощи при наличии показаний у РСЦ, в том числе с использованием телемедицинских технологий.

2.2.11. участие в формировании единого информационно-технологического пространства для оперативного управления системой предоставления медицинской помощи больным сосудистой патологией.

2.3. Региональный сосудистый центр обеспечивает организацию оказания медицинской помощи в круглосуточном режиме больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) и при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля, а именно:

2.3.1. госпитализацию пациентов с ОНМК или ОКС, направленных государственными бюджетными учреждениями здравоохранения Владимирской области, оказывающими населению первичную медико-санитарную, в том числе первичную специализированную медицинскую помощь, а также скорую медицинскую помощь в соответствии со схемами маршрутизации, утвержденными распоряжением Министерства здравоохранения Владимирской области от 18.03.2021 № 247 «О совершенствовании маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом и острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Владимирской области».

2.3.2. госпитализацию пациентов с признаками ОНМК или ОКС, обратившихся в ПСО в порядке самообращения, при подтверждении диагноза в ходе обследования, проведенного в приемном отделении.

2.3.3. оказание специализированной медицинской помощи больным с ОНМК или ОКС в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи, в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, на основе

клинических рекомендаций (с 01.01.2022), с учетом стандартов медицинской помощи.

2.3.4. проведение пациентам с ОНМК или ОКС, находящимся на стационарном лечении, мероприятий первого этапа медицинской реабилитации.

2.3.5. направление пациентов, перенесших ОНМК или ОКС, по окончании проведенного стационарного лечения при наличии показаний в медицинские организации, имеющие в своем составе подразделения, осуществляющие мероприятия второго этапа медицинской реабилитации.

2.3.6. направление пациентов, перенесших ОНМК или ОКС, по окончании проведенного стационарного лечения при наличии показаний в медицинские организации, имеющие в своем составе подразделения, осуществляющие оказание паллиативной медицинской помощи.

2.3.7. направление пациентов, перенесших ОНМК или ОКС, при наличии показаний в федеральные медицинские организации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

2.3.8. госпитализация пациентов с ОНМК и ОКС с территории всей области для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (при наличии условий для её оказания).

2.3.9. выдачу рекомендаций по дальнейшему ведению пациентов, перенесших ОНМК или ОКС, после окончания стационарного этапа, в том числе рекомендаций, касающихся вторичной профилактики острых сосудистых катастроф.

2.3.10. госпитализацию пациентов из федеральных медицинских организаций, при достижении критериев стабилизации состояния, при необходимости продолжения лечения в стационарных условиях после окончания лечения, по согласованию сторон.

2.3.11. запрос консультативной помощи при наличии показаний у федеральных медицинских организаций с использованием телемедицинских технологий.

2.3.12. участие в формировании единого информационно-технологического пространства для оперативного управления системой предоставления медицинской помощи больным сосудистой патологией.

2.3.13. оказание экстренной и плановой консультативно-диагностической помощи больным, находящимся в первичных сосудистых отделениях области и других медицинских организациях области.

2.3.14. оказание организационно-методической помощи первичным сосудистым отделениям и другим медицинским организациям области.



Приложение № 1
к приложению № 8
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

ГБУЗВО «Областная клиническая больница»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по медицинской части	(4922) 40-71-85
2	Заведующий региональным сосудистым центром	(4922) 40-70-25
3	Заведующий неврологическим отделением для больных с ОНМК	(4922) 40-70-28
4	Заведующий нейрохирургическим отделением	(4922) 40-70-40
5	Заведующий отделением рентгенхирургических методов диагностики и лечения	(4922) 40-70-03
6	Заведующий отделением сосудистой хирургии	(4922) 40-71-06
7	Заведующий консультативной службой	(4922) 32-90-20

ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г. Владимира»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по медицинской части	(4922) 32-34-46
2	Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе	(4922) 53-00-36
3	Заведующий 1-м неврологическим отделением для больных с ОНМК	(4922) 32-61-69
4	Заведующий неврологическим отделением для больных с ОНМК	(4922) 45-16-49
5	Заведующий неврологическим отделением для больных с ОНМК	(4922) 32-41-84

ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по медицинской части	(49234) 4-66-02
2	Заведующий неврологическим отделением для больных с ОНМК	(49234) 3-26-80

ГБУЗ ВО «Центральная городская больница г. Коврова»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по РСЦ	(49232) 3-81-70
2	Заведующий неврологическим отделением для больных с ОНМК	(49232) 3-81-64

ГБУЗ ВО «Александровская районная больница»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по медицинской части	(49244) 2-67-41
2	Руководитель РСЦ	8(999) 613-49-57



Регламент проведения телемедицинских консультаций

Настоящий регламент регулирует вопросы проведения ТМК пациентам с ССЗ (далее – Регламент ТМК) во Владимирской области.

Регламент формируется на основании и в соответствии с:

частью 1 статьи 36.2 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и подпунктом 5.2.17(1) пункта 5 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608,

в соответствии с приказом Минздрава России от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (с 01.09.2025 в соответствии с приказом № 193н от 25.04.2025 «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»),

в соответствии с приказом Минздрава Владимирской области от 20.08.2024 № 821 «О порядке организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в учреждениях государственной системы здравоохранения Владимирской области.

Телемедицинские технологии применяются при организации и оказании медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи пациентам с сердечно–сосудистыми заболеваниями.

ТМК организуются и проводятся в МО в соответствии с трехуровневой системой оказания медицинской помощи, в целях определения тактики диагностики, лечения и медицинской реабилитации, оценки эффективности лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента.

ТМК осуществляются в единой Региональной телемедицинской медицинской информационной системе (далее – РТМИС) в защищенном контуре для проведения ТМК на уровне области. Точкой входа для всех медицинских организаций и медицинских сотрудников является закрытый защищенный контур, при этом каждый медицинский работник, подключенный к системе, сверяется с федеральным реестром медицинских работников. Заявки на ТМК направляются в МО 2го и 3го уровня для проведения дистанционных консультаций с любого уровня оказания медицинской помощи пациентам с БСК.

Консультации с применением телемедицинских технологий проводятся по схеме согласно приложению № 1 к настоящему регламенту.

1. Консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой при оказании медицинской помощи в экстренной, неотложной и плановой формах;

2. Консультации с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой в целях вынесения заключения по результатам диагностических исследований;

3. Консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями при оказании медицинской помощи;

4. Дистанционное медицинское наблюдение за состоянием здоровья пациента (далее - дистанционное наблюдение).

По срокам оказания консультации делятся на: экстренные (до 2 часов), неотложные (до суток), плановые (до 5 рабочих дней).

При проведении консультаций пациентов и (или) их законных представителей с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного пациенту лечения и реабилитации, в том числе формирование рецептов на лекарственные препараты в форме электронного документа, при условии установления лечащим врачом диагноза и назначения лечения по данному обращению ранее на очном приеме (осмотре, консультации).

В случае обращения пациента без предварительного установления диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации) медицинское заключение может содержать рекомендации пациенту или его законному представителю о необходимости проведения предварительных обследований, а также дате и месте проведения очного приема (осмотра, консультации).

Группы ДН пациентов с ССЗ, подлежащих программам дистанционного мониторинга с определением спектра витальных показателей и возможности оценки комплаентности назначаемой терапии, а также определены сроки проведения программы в рамках ДН.

Амбулаторные консультации осуществляются для пациентов с БСК, состоящих на диспансерном учете у врача терапевта и врача кардиолога по следующим показаниям:

- Инфаркт миокарда или ОНМК в анамнезе; не менее 2х раз в год.
- Иные пациенты, имеющие право на льготу согласно приказу Минздрава России от 06.02.2024 № 37н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов в целях обеспечения в амбулаторных условиях лекарственными препаратами лиц, находящихся под диспансерным наблюдением...», не менее 2х раз в год на территориях, не обеспеченных кардиологическим приемом.
- Жизнеугрожающее нарушение ритма (по показаниям, в начальном периоде наблюдения ежемесячно, до стабилизации ритма при медикаментозном лечении, либо после оперативного вмешательства).
- ХСН с ФВ менее 40% с целью коррекции лечения и проведения дополнительного обследования, либо отбора на ВМП, не менее 2х раз в год;

- Коррекция лечения пациентов, получающих липидснижающую терапию и не достигших целевого значения ЛПНП;
- Лечение коморбидных пациентов с АГ высокого риска, состоящих на диспансерном наблюдении (по показаниям);
- Маршрутизация пациентов с хронической ИБС, имеющих показания для проведения нагрузочных проб, либо диагностической коронароангиографии с целью последующего направления на плановую реваскуляризацию.
- Пациенты со стенозирующими поражениями периферических сосудов, не менее 2х раз в год.
- Наличие приобретенных, либо врожденных пороков клапанов сердца, вне зависимости от имевшегося ранее оперативного лечения.
- Иные состояния, требующие консультации кардиолога по вновь выявленным показаниям.

Алгоритм действий врача при направлении на ТМК, в том числе в федеральные центры

В личном кабинете РТМС любой врач может подать заявку на получение консультации специалиста нужного профиля или увидеть поступившие заявки. Из самой заявки возможен просмотр анамнеза пациента, подключение к видеоконференции, к чату с участниками консультации, может сделать запрос дополнительной информации.

В случае осуществления консультаций с применением телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи вне медицинской организации или в амбулаторных условиях консультирующая медицинская организация обеспечивает мобильные средства связи и оборудование для проведения консультаций.

Заявки поступают в стационар 3 уровня круглосуточно от медицинских организаций 1 и 2 уровня, к амбулаторным кардиологам – в будние дни. Прием, регистрацию и распределение заявок по врачам-исполнителям осуществляет диспетчер центра (либо врач-кардиолог), затем протоколы консультаций после загрузки в систему направляются в организации, подавшие заявку.

При подаче заявки при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой при оказании медицинской помощи в плановой форме лечащий врач: предварительно обеспечивает проведение обследования пациента по имеющемуся у пациента заболеванию или состоянию, по которому требуется проведение консультации (консилиума врачей); оформляет направление на консультацию; подготавливает данные о состоянии здоровья пациента (данные осмотра, диагностических и лабораторных исследований, иные данные, полученные в том числе по результатам дистанционного наблюдения), полученные в том числе с использованием систем поддержки принятия врачебных решений, в электронном виде и направляет их консультанту (врачам - участникам консилиума) либо обеспечивает дистанционный доступ к соответствующим данным о состоянии здоровья пациента.

Итоговым документом при организации и оказании медицинской помощи при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой является:

а) медицинское заключение медицинского работника сторонней медицинской организации, привлекаемого для проведения консультации и (или) участия в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий (далее соответственно - консультант, врачи - участники консилиума) по вопросам оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности направления в специализированное отделение медицинской организации либо медицинской эвакуации;

б) протокол консилиума врачей по вопросам оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности направления в специализированное отделение медицинской организации либо медицинской эвакуации (далее - протокол консилиума врачей).

Документация подлежит внесению в электронную медицинскую карту пациента медицинской информационной системы консультирующей медицинской организации. Хранение документации осуществляется в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья, в том числе в форме электронных документов.

При проведении ТМК в экстренном и плановом порядке формируются чек-листы по нозологиям с указанием основных позиций, которые должны быть отражены в медицинской документации, направляемой на ТМК.



Приложение № 1
к приложению № 9
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Консультации с применением телемедицинских технологий
проводятся по схеме

№ п/п	Уровень	МО/подразделение МО, иницирующая / иницирующее ТМК/ТК	Консультирующая МО	Форма ТМК/ТК
1.	1-й уровень	Фельдшерско-акушерский пункт, сельская врачебная амбулатория, участковая больница, офис врача общей практики	Центральная районная больница, районная больница, городская больница, городская поликлиника	Экстренная, неотложная, плановая
2.	2-й уровень	Центральная районная больница, районная больница, городская больница, городская поликлиника	КЦ ТМК (согласно Перечню Приложения 2 настоящего приказа)	Экстренная, неотложная, плановая
3.	3-й уровень	ТМК (в соответствии с Соглашением)	Федеральные и государственные медицинские организации, осуществляющие деятельность за пределами Владимирской области	Экстренная, неотложная, плановая



Регламент маршрутизации пациентов с острой ишемией нижних конечностей

1. Перечень медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам с ишемией нижних конечностей:

ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»

ГБУЗ ВО «Александровская районная больница»

ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»
(15 коек сосудистой хирургии в хирургическом отделении № 2)

2. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с критической ишемией нижних конечностей на этапе первичной медико-санитарной помощи:

Для диагностики с критической ишемией нижних конечностей последовательно применяются следующие методы исследования:

а) физикальные:

- пальпация магистральных артерий нижних конечностей (ослабление или полное отсутствие пульсации на стороне поражения);

б) инструментальные:

- ультразвуковая доплерография сосудов нижних конечностей;

- дуплексное сканирование артерий нижних конечностей;

- МРТ или КТ ангиография артерий нижних конечностей и брюшной аорты;

- прямая ангиография артерий нижних конечностей.

3. При наличии диагностированного стеноза до 90% (при отсутствии признаков нестабильности бляшки по данным УЗДС) проводится консервативное лечение основного заболевания (атеросклероза) и рекомендуется повторное УЗДС через 12 месяцев.

4. При окклюзирующих поражениях и дальности ходьбы менее 200 метров рекомендована консультация сосудистого хирурга ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница» и ГБУЗ ВО «Александровская районная больница». При наличии в учреждении ангиографической установки и необходимого инструментария рассмотреть возможность проведения хирургической коррекции в условиях ОРМДиЛ: ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница», ГБУЗ ВО «Центральная городская больница г. Коврова», ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи города Владимира».

5. При наличии признаков критической ишемии по данным физикального обследования, анамнеза, инструментальных исследований (УЗДС, КТ, МРТ, прямая ангиография) для хирургической коррекции по экстренным показаниям показана госпитализация пациента:

а) в отделение сердечно-сосудистой хирургии ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница».

б) в отделение сердечно-сосудистой хирургии ГБУЗ ВО «Александровская районная больница».

6. Список контактов ответственных лиц всех медицинских организаций и служб, задействованных в оказании медицинской помощи пациентам с ишемией нижних конечностей, представлен в приложении № 1 к настоящему регламенту.

7. Схема маршрутизации пациентов с критической ишемией нижних конечностей представлена в приложении № 2 к настоящему регламенту.

8. Список контактных телефонов для консультирования в экстренных случаях.

- Главный врач ГБУЗ ВО «Вязниковская районная больница», контактный телефон 8 (49233) 2-57-95;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Центральная районная больница № 1», контактный телефон 8 (49241) 2-38-94;

- И.о. главного врача ГБУЗ ВО «Центральная городская больница г. Коврова», контактный телефон 8 (49232) 3-86-09;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница», контактный телефон 8 (49234) 6-38-41;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Суздальская районная больница», контактный телефон 8 (49231) 2-42-11;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Собинская районная больница», контактный телефон (49242) 2-28-54;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Киржачская районная больница», контактный телефон 8 (49237) 2-31-44;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница», контактный телефон 8 (49245) 2-38-11;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Александровская районная больница», контактный телефон 8(49244) 2-00-45;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница № 5 г. Владимира имени Л.К. Кирилловой», контактный телефон 8 (4922) 21-44-29;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница», контактный телефон 8 (4922) 45-90-09, 32-96-64, 32-61-79;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Городская больница №4 г. Владимира», контактный телефон 8(4922) 43-03-72, 43-15-66.

8. Реабилитационные мероприятия определены распоряжением Министерства здравоохранения Владимирской области от 25.02.2022 № 230 «О совершенствовании организации медицинской реабилитации взрослого населения Владимирской области».

9. Ответственный за проведение телемедицинских консультаций с федеральными центрами по вопросу хирургического лечения аритмий, контактный телефон 8(4922) 36-64-97.

10. Для анализа деятельности МО, оказывающих помощь больным с ХСН, не реже 1 раза в квартал ГВС кардиолог направляет в Министерство здравоохранения Владимирской области отчет по форме приложения № 3 к настоящему регламенту.



Приложение № 1
к приложению № 10
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по медицинской части	8 (4922) 40-71-85
2	Заведующий отделением рентгенхирургических методов диагностики и лечения	8 (4922) 40-70-03
3	Заведующий отделением сосудистой хирургии	8 (4922) 40-71-06
4	Заведующий консультативной службой	8 (4922) 32-90-20

ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г. Владимира»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по медицинской части	8 (4922) 32-34-46
2	Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе	8 (4922) 53-00-36

ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по медицинской части	8 (49234)4-66-02
2	Руководитель РСЦ, зав. ОРХМДиЛ	8 (920) 907-00-07

ГБУЗ ВО «Центральная городская больница г. Коврова»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по РСЦ	8 (49232)3-81-70
2	Заместитель главного врача по медицинской части, зав. ОРХМДиЛ	8 (915) 761-85-13

ГБУЗ ВО «Александровская районная больница»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по медицинской части	8 (49244) 2-00-45
2	Руководитель РСЦ, зав. ОРХМДиЛ	8 (999) 613-49-57
3	Врач сердечно-сосудистый хирург	8 (915) 603-32-42



Приложение № 2
к приложению № 10
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Схема маршрутизации пациентов с критической ишемией нижних конечностей

Наименование и характеристики медицинской организации, численность профильных коек	Зоны обслуживания, численность населения
<p>ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница» Региональный сосудистый центр (РСЦ):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Неврологическое отделение для больных с ОНМК (50 коек) - Палаты реанимации и интенсивной терапии для больных с ОНМК в составе отделения ОНМК (9 коек) - Нейрохирургическое отделение (43 койки) - Отделение реанимации и интенсивной терапии № 1 (12 коек) <p>Среднее время медицинской эвакуации пациента с ОНМК в зоне ответственности – 60 - 90 минут</p> <p>Способ госпитализации - минуя общее приемное отделение</p> <p>Количества компьютерных томографов - 1 (128 срезов) в здании РСЦ и 1 (64 среза) в хирургическом корпусе</p> <p>Количество магнитно-резонансных томографов - 1 (3.0 Т) в здании хирургического корпуса</p> <p>Количество рентгенангиографических установок – 2 в здании РСЦ</p>	городской округ Гусь-Хрустальный
	Гусь-Хрустальный район (без поселков Золотково и Добрятино)
	Собинский муниципальный округ
	Судогодский район
	городской округ ЗАТО г. Радужный
	Камешковский район
	г. Муром, Муромский район
	Меленковский район
	Селивановский район
	Вязниковский район
	Гороховецкий район (село Фоминки)
	Гусь-Хрустальный район (поселки Золотково и Добрятино)
	Гороховецкий район (без села Фоминки) г. Ковров, Ковровский район
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи города Владимира	г. Владимир, Суздальский район
<p>ГБУЗ ВО «Александровская районная больница» Региональный сосудистый центр (РСЦ):</p> <ul style="list-style-type: none"> - неврологические для больных с ОНМК – 40 	Александровский район
	Киржачский район

– реанимационные – 15 (в том числе неврологические для больных с ОНМК – 7) – сосудистой хирургии – 14 Среднее время медицинской эвакуации пациента с ОНМК в зоне ответственности – 15 - 60 минут Способ госпитализации - минуя общее приемное отделение Количества компьютерных томографов - 1 (64 среза) в здании РСЦ и 1 (64 среза) в здании хирургического корпуса Количество магнитно-резонансных томографов - 1 (1.5 Т), в здании РСЦ Количество рентгенангиографических установок – 1, в здании РСЦ	Кольчугинский район
	Юрьев-Польский район
	городской округ Покров
	Петушинский муниципальный округ

Маршрутизация пациентов в кардиологические отделения

Наименование МО, осуществляющей оказания медицинской помощи	Зона обслуживания	население
ГБУЗ ВО «Вязниковская районная больница»	Вязниковский район Гороховецкий район	64 214 20 074
ГБУЗ ВО «Центральная районная больница № 1»	Гусь-Хрустальный район	89 175
ГБУЗ ВО «Центральная городская больница города Коврова»	Камешковский район Ковровский район	27 179 162 546
ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»	Муромский район Меленковский район Селивановский район	127 211 30 766 16 923
ГБУЗ ВО «Киржачская районная больница»	Киржачский район	38 868
ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»	Кольчугинский район Юрьев Польский район	49 583 32 695
ГБУЗ ВО Александровская районная больница»	Александровский район	103 814
ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница № 5 г.Владимира имени Л.К. Кирилловой»	Фрунзенский район г. Владимира	105 676
ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»	Судогодский район ЗАТО г. Радужный Собинский район Петушинский район Суздальский район	18 281 35 558 50 874 59 788 45 238
ГБУЗ ВО «Городская больница №4 города Владимира»	Октябрьский район, Ленинский район г. Владимира	244 545



Приложение № 3
к приложению № 10
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-п

Ежеквартальный отчет главного кардиолога

Наименование МО	Количество больных, поступивших с диагнозом мерцательная аритмия			Поступили повторно	Из них состоит на Диспансерном учете.	Проведено электрических кардиоверсий	Направлено хирургическое лечение аритмии
	Пароксиз- мальная	Персисти- рующая	Хроническая				



**Регламент
маршрутизации пациентов с врожденными и приобретенными
пороками клапанов сердца**

1. Настоящий Регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи пациентам с врожденными и приобретенными пороками клапанов сердца (далее - ВиППКС).

2. Организация оказания медицинской помощи пациентам с ВиППКС осуществляется в рамках реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на основе соответствующих клинических рекомендаций.

3. Для целей настоящего Регламента маршрутизации к ВиППКС относятся состояния, соответствующие кодам: Q22.1-Q22.5, Q23.0-Q23/3, I05-I08, I33.0, I33.9, I34-I38 Международной классификации болезней десятого пересмотра.

4. Определение:

Врожденные пороки сердца - это аномалии морфологического развития сердца, его клапанного аппарата и магистральных сосудов, возникшие на 2-8-й неделе внутриутробного развития в результате нарушения процессов эмбриогенеза. Эти дефекты могут встречаться изолированно или в сочетании друг с другом.

Приобретенные клапанные пороки сердца - заболевания, в основе которых лежат морфологические и/или функциональные изменения одного или нескольких его клапанов. Изменения клапанов могут быть в виде стеноза, недостаточности или их сочетания.

5. Диагностика:

5.1. Этап оказания первичной медико-санитарной помощи.

5.1.1. Сбор жалоб (одышка, быстрая утомляемость, кашель, перебои в работе сердца, отеки нижних конечностей и т.д.), физикальные данные (синюшность или бледность кожных покровов, наличие патологической пульсации и шумов в сердце при аускультации), расширение границ сердца, и т.д.).

5.1.2. Направление на консультацию к кардиологу в поликлинику по месту жительства.

5.2. Этап оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи (кардиолог поликлиники):

5.2.1. Сбор жалоб, физикальные данные.

5.2.2. Направление на исследования: эхокардиография (поликлиника по месту жительства), лабораторные исследования (клинический и биохимический анализ крови, коагулограмма).

5.2.3. При наличии показаний (декомпенсированная сердечная

недостаточность) госпитализация в стационар по месту жительства. При стабильном состоянии и выявленном ВиППКС направление на консультацию к врачу кардиологу.

5.3. Этап оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи (кардиолог консультативного отделения РСЦ):

5.3.1. Сбор жалоб, физикальные данные.

5.3.2 Направление на исследования: для проведения ЭХОКГ экспертного класса (при необходимости), в том числе при наличии показаний, КТ или МРТ сердца с контрастированием (при наличии показаний), нагрузочные тесты определяют показания для проведения коронарографии. В случае невозможности выполнения исследований в амбулаторных условиях направление пациента на выполнение исследований стационарно в кардиологическое отделение РСЦ.

5.3.3. При наличии показаний направление на консультацию к сердечно-сосудистому хирургу.

5.4. Критерии направления на консультацию сердечно-сосудистого хирурга: отбор пациентов для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи согласно действующим клиническим рекомендациям (пороки клапанов сердца средней и тяжелой степени, критические).

6. По результатам дополнительного обследования решением мультидисциплинарной команды (врачи кардиолог, сердечно-сосудистый хирург и врач по рентгеноэндоваскулярным диагностике и лечению) пациент направляется в отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения (ОРХМДиЛ) РСЦ, или при отсутствии возможности выполнения операции в условиях РСЦ, проводится телемедицинская консультация с профильным НМИЦ для решения вопроса о хирургическом методе ведения пациента.

Форма ежедневного мониторинга догоспитального тромболизиса представлена в приложении № 1 к настоящему регламенту.

7. Направление на госпитализацию в кардиохирургическое отделение осуществляется из всех поликлиник медицинских организаций (далее - МО) по месту жительства по форме 057/у, по заключению мультидисциплинарной команды ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница» или по результатам телемедицинской консультации через региональную телемедицинскую систему дистанционных консультаций, а также переводом из отделений кардиологии РСЦ.

8. По решению ВК по окончании стационарного этапа или с амбулаторного этапа пациент после выполненного хирургического лечения при наличии реабилитационного потенциала направляется на медицинскую реабилитацию с указанием МО, оказывающей специализированную помощь по профилю «медицинская реабилитация», или специализированные санаторно-курортные учреждения.

9. Диспансерное наблюдение за пациентами после выполненного хирургического лечения ВиППКС осуществляется врачом-кардиологом по месту жительства и в Кабинете/ЦУР 2 уровня. Постановка под диспансерное наблюдение, внесение в региональный Регистр пациентов с БСК, лекарственное обеспечение проводится в соответствии с алгоритмом к настоящему порядку маршрутизации.



Регламент маршрутизации пациентов с нарушениями ритма сердца и проводимости

Оказание медицинской помощи пациентам с НР на догоспитальном этапе осуществляется на основе действующих клинических рекомендаций Минздрава России, размещенных на сайте <http://cr.rosminzdrav.ru/>, порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденного приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», а также стандартов оказания медицинской помощи, утвержденных Минздравом России.

Экстренной госпитализации подлежат пациенты с нарушением ритма и проводимости сердца, сопровождающимся нестабильной гемодинамикой и (или) прогрессированием коронарной и (или) сердечной и (или) церебральной сосудистой недостаточностью.

Госпитализация пациента с тахикардией должна быть осуществлена в лечебное учреждение, которое имеет возможность оказания реанимационной помощи и непрерывного мониторингового наблюдения.

Помощь оказывается согласно клиническим рекомендациям, одобренным Минздравом России.

Маршрутизация взрослого населения для оказания экстренной медицинской помощи пациентам с нарушениями ритма сердца представлена в приложении № 1 к настоящему регламенту.

Показания для экстренной госпитализации пациентов с тахикардиями

1. 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).

2. Пароксизм ФП сроком до 48 часов при неэффективной попытке медикаментозной кардиоверсии или противопоказаниях к медикаментозной кардиоверсии.

3. При наличии показаний (нестабильной гемодинамике, а также при наличии тахисистолии желудочков и предшествующем приеме антикоагулянтов согласно рекомендациям или приступе ФП длительностью до 48 часов), восстановление ритма или ритмурегулирующая терапия может проводиться бригадой СМП на догоспитальном этапе.

4. Больных с клинически значимыми пароксизмами НЖТ необходимо экстренно направить в медицинское учреждение при отсутствии эффекта неотложной помощи на догоспитальном этапе. Обязательной госпитализации

подлежат пациенты, у которых на фоне нарушения сердечного ритма появились признаки артериальной гипотонии, острой левожелудочковой недостаточности, ангинозного синдрома, ухудшения мозгового кровообращения

5. Если у пациента имел место приступ Морганьи-Адамса-Стокса, госпитализация требуется сразу же после его купирования и восстановления нормальной сердечной деятельности.

Показания для плановой госпитализации в кардиологические стационары

- С целью восстановления сердечного ритма при безуспешности медикаментозной кардиоверсии (оценка риска тромбоэмболических осложнений)

Проведение электрической кардиоверсии

- Подбор в сложных случаях (непереносимость препаратов, побочные действия) антиаритмических препаратов

- Подбор пульсурежающей терапии при неэффективности на догоспитальном этапе

Наличие тахисистолии должно быть зарегистрировано на ЭКГ или в покое при холтеровском мониторировании сердечного ритма (ЭКГ).

- Нарастание СН при ФП.

- Имплантация кардиостимулятора. Подбор антиаритмической терапии, когда это невозможно в амбулаторных условиях или сопряжено с высоким риском осложнений.

Экстренной госпитализации не подлежат пациенты, могут лечиться в терапевтическом отделении

- страдающие хронической формой аритмии при условии, что приступы не сопровождаются острым ухудшением гемодинамики.

- при желудочковой или наджелудочковой экстрасистолии при отсутствии признаков острой коронарной недостаточности.

- персистирующая форма фибрилляции предсердий для подбора антикоагулянтной терапии

- когда восстановление ритма не показано (например, при выявленных ранее малосимптомных пароксизмах ФП, не влияющих на гемодинамику, и подобранной антикоагулянтной терапии)

В зависимости от выявленных на ЭКГ изменений (тахи- или брадиаритмия) определяется дальнейшая маршрутизация пациента. Для пациентов с брадиаритмиями оптимальная госпитализация в стационар, располагающий возможностями и опытом установки временной и постоянной кардиостимуляции.

Показания для экстренной госпитализации пациентов с брадиаритмиями

1. Островозникшая (брадиаритмия) БА, требующая неотложной помощи.
2. Состояния, требующие временной стимуляции сердца.
3. Нарушения гемодинамики, связанные с БА или дисфункциями ЭКС.
4. Острая дисфункция ЭКС, требующая хирургической коррекции.
5. Состояние после остановки кровообращения и восстановления нормальной сердечной деятельности.

На догоспитальном этапе СМП помощь оказывается согласно действующим клиническим рекомендациям, утвержденными Минздравом России.

Показания для плановой госпитализации пациентов с брадиаритмиями

- Появление симптоматики, потенциально ассоциированной с брадикардией (обморок, предобморочное состояние, слабость, головокружение и др.).
- Ухудшение состояния и нарастание симптоматики, связанной с БА. Плановая имплантация постоянного ЭКС.
- Плановая замена имплантированного ЭКС.
- Дисфункция имплантированного ЭКС, требующая хирургического вмешательства.
- Инфекционные осложнения, связанные с системой стимуляции.

Алгоритм организации оказания медицинской помощи пациентам с нарушениями ритма на стационарном этапе лечения

1. Оказание медицинской помощи пациентам с НР в стационарных условиях осуществляется на основе действующих клинических рекомендаций Минздрава России, размещенных на сайте <http://cr.rosminzdrav.ru/>, Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденного приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», а также стандартов оказания медицинской помощи, утвержденных Минздравом России.

2. В кардиологическое отделение госпитализируются пациенты с нарушением сердечного ритма и проводимости, требующим проведения диагностических и лечебных процедур (например, имплантации ЭКС) в стационарных условиях.

3. Плановая имплантация ЭКС для жителей области может осуществляться в любом из центров, имеющих необходимые устройства (по наличию имплантированных устройств).

4. Тактика ведения пациентов с НР, находящихся на лечении в кардиологическом отделении, при необходимости согласуется с профильными федеральными медицинскими организациями посредством проведения телемедицинских консультаций.

5. По окончании стационарного лечения сведения о пациентах с имплантированными ЭКС передаются в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь по территориальному принципу, для постановки на диспансерный учет.

6. Пациенты с нарушениями ритма наблюдаются у кардиолога и терапевта, для коррекции работы имплантируемого устройства обращаться к кардиологу – аритмологу.

7. Динамическое наблюдение за пациентами с имплантированными ЭКС: Взрослым пациентам с ЭКС после имплантации рекомендовано проводить тестирование работы ЭКС дважды в течение полугода, затем ежегодно.

Организация приема кардиолога - аритмолога для проверки ЭКС

Первичную настройку и проверку кардиостимулятора проводят сразу после имплантации.

Если устройство работает правильно и без погрешностей, дальнейшие проверки проводят в плановые сроки:

Спустя 3 месяца настройка кардиостимулятора проводится врачом кардиологом медицинской организации, где имплантировано устройство.

Через 6 месяцев, 12 месяцев, повторные проверки — раз в год проводятся в медицинской организации по прикреплению согласно приложению № 2 к настоящему регламенту, если в организации есть программирующее устройство для тестирования ЭКС.

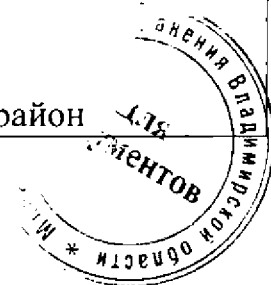
По мере того, как срок службы ЭКС подходит к концу, назначаются более частые проверки, чтобы вовремя его заменить.



Приложение № 1
к приложению № 12
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Маршрутизация взрослого населения для оказания экстренной медицинской помощи пациентам с нарушениями ритма сердца

Медицинская организация	Зоны обслуживания
ГБУЗ ВО ЧКВ-центр «Областная клиническая больница» (Региональный сосудистый центр)	ЗАТО г. Радужный
	Собинский район
	Судогодский район
	Петушинский район
ГБУЗ ВО «Центральная районная больница №1»	Городской округ Покров
	Г.Гусь-Хрустальный,Гусь-Хрустальный район
	Кольчугинский район
	Киржачский район
ГБУЗ ВО «Александровская районная больница» (Региональный сосудистый центр)	г.Александров, Александровский район
	Селивановский район
ГБУЗ ВО «Городская больница №4 г. Владимира» (Региональный сосудистый центр)	г. Владимир, районы Октябрьский, Ленинский.
	Суздальский район Юрьев – Польский район
ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница № 5 г. Владимира имени Л.К. Кирилловой»	г. Владимир, Фрунзенский район
ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница». (Региональный сосудистый центр).	Муром, округ Муром Меленки, Меленковский район
ГБУЗ ВО «Центральная городская больница г. Коврова» (Региональный сосудистый центр для больных с ОКС, ЧКВ центр).	Камешковский район
	Гороховецкий район
	г. Ковров, Ковровский район Вязниковский район
ООО «Первый клинический медицинский центр	Вязниковский район, Гороховецкий район, Камешковский район, г. Ковров, Ковровский район



Приложение № 2
к приложению № 12
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-п

**Маршрутизация взрослого населения для имплантации ЭКС пациентам
с брадиаритмиями (экстренная и плановая)**

Медицинская организация	Зоны обслуживания
ГБУЗ ВО ЧКВ-центр «Областная клиническая больница» (Региональный сосудистый центр)	г. Гусь-Хрустальный, Гусь-Хрустальный район ЗАТО г. Радужный Собинский район Судогодский район Петушинский район г. Муром, Муромский район Селивановский район Меленковский район Гороховецкий район
ГБУЗ ВО «Городская больница №4 г. Владимир» (Региональный сосудистый центр)	Город Владимир Город Ковров, Ковровский район Суздальский район Юрьев-Польский район Камешковский район Вязниковский район
ГБУЗ ВО «Александровская РБ» (Региональный сосудистый центр)	Александровский район Киржачский район Кольчугинский район

