



**КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОБЛЗДРАВ)**

ПРИКАЗ

27 марта 2023 г.

№ 29н

Волгоград

**Об организации оказания медицинской помощи больным
с острым нарушением мозгового кровообращения, со stenotическим
поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий,
на территории Волгоградской области**

В соответствии с пп.11 п.1 ст.16 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах здоровья граждан в Российской Федерации", в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения, со stenotическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий, на территории Волгоградской области, во исполнение приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения", от 10 мая 2017 г. № 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи", клинических рекомендаций: "Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых", "Геморрагический инсульт", утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, в соответствии с подпунктом 2.1.7 пункта 2.1 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области",

п р и к а з ы в а ю:

1. Определить регламент организации оказания медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения на территории Волгоградской области (включая межтерриториальное взаимодействие с государственными учреждениями здравоохранения регионального и федерального уровней), в том числе требующим проведения нейрохирургического, сосудисто-хирургического, кардиохирургического вмешательства согласно приложению 1 к настоящему приказу.

2. Утвердить:

2.1. Перечень медицинских организаций, в структуре которых есть региональный сосудистый центр, первичное сосудистое отделение, неврологическое отделение для больных с острым нарушением мозгового кровообращения, осуществляющих оказание медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения на территории Волгоградской области, согласно приложению 2 к настоящему приказу.

2.2. Маршрутизацию пациентов из первичных сосудистых отделений и неврологических отделений медицинских организаций в региональные сосудистые центры для оказания медицинской помощи на территории Волгоградской области согласно приложению 3 к настоящему приказу.

2.3. Маршрутизацию и медицинскую эвакуацию пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (состояния, соответствующие кодам I60-I64, G45-G46 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр)), нуждающихся в госпитализации по экстренным медицинским показаниям, для оказания круглосуточной медицинской помощи в медицинских организациях, расположенных на территории Волгоградской области, согласно приложению 4 к настоящему приказу.

2.4. Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в зависимости от балла по шкале реабилитационной маршрутизации при выписке из стационара согласно приложению 5 к настоящему приказу.

2.5. Регламент маршрутизации пациентов со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий согласно приложению 6 к настоящему приказу.

3. Главным врачам медицинских организаций, подведомственных комитету здравоохранения Волгоградской области, организовать работу в части оказания медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения (далее – ОНМК) в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным с ОНМК, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н, и требованиями настоящего приказа.

4. Рекомендовать главным врачам медицинских организаций иных форм собственности, расположенных на территории Волгоградской области, организовать работу в части оказания медицинской помощи больным с ОНМК в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным с ОНМК, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н, и требованиями настоящего приказа.

5. Главным врачам медицинских организаций, имеющим в структуре региональные сосудистые центры и первичные сосудистые отделения обеспечить:

5.1. оказание медицинской помощи больным с ОНМК в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным с ОНМК, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н, и требованиями настоящего приказа;

5.2. работу клинико-диагностической лаборатории, кабинета ультразвуковой диагностики, проведение рентгенкомпьютерной томографии в круглосуточном режиме (24/7/365);

5.3. наличие неснижаемого запаса лекарственных препаратов и расходных материалов для оказания медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения;

5.4. своевременное обучение (повышение квалификации) медицинского персонала, принимающего участие в оказании медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения.

6. Признать утратившими силу:

приказ комитета здравоохранения Волгоградской области от 24 марта 2019 г. № 29н "Об организации оказания медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения на территории Волгоградской области";

приказ комитета здравоохранения Волгоградской области от 09 февраля 2022 г. № 6н "О внесении изменений в приказ комитета здравоохранения Волгоградской области от 24 марта 2019 г. № 29н "Об организации оказания медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения на территории Волгоградской области";

приказ комитета здравоохранения Волгоградской области от 03 июня 2022 г. № 107н "О внесении изменений в приказ комитета здравоохранения Волгоградской области от 24 марта 2019 г. № 29н "Об организации оказания медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения на территории Волгоградской области".

7. Контроль исполнения приказа возложить на заместителя председателя комитета здравоохранения Волгоградской области Н.Н. Алимова.

Председатель комитета здравоохранения
Волгоградской области



А.И. Себелев

ПРИЛОЖЕНИЕ 1
к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от "27" марта 2023 г. № 29н

Регламент организации оказания медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения на территории Волгоградской области (включая межтерриториальное взаимодействие с государственными учреждениями здравоохранения регионального и федерального уровней), в том числе требующим проведения нейрохирургического, сосудисто-хирургического, кардиохирургического вмешательства

1. Основным принципом организации оказания медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения (далее – ОНМК) на территории Волгоградской области является максимально раннее выявление признаков ОНМК и экстренная госпитализация в медицинскую организацию, имеющую в своем составе первичное сосудистое и/или специализированные неврологические отделения для лечения пациентов с ОНМК (далее – неврологическое отделение) (согласно приложению 2 к настоящему приказу).

2. При медицинской эвакуации больных, нуждающихся в госпитализации по экстренным показаниям, действует территориальный принцип – ближайший стационар согласно зонам территориального прикрепления, утвержденным приложением 4 к настоящему приказу (далее – стационар).

При оказании скорой медицинской помощи, при наличии медицинских противопоказаний для эвакуации в неврологическое отделение стационара, больной госпитализируется в ближайшую медицинскую организацию, имеющую в структуре реанимационное отделение.

3. Бригада скорой медицинской помощи, осуществляющая эвакуацию больного с признаками ОНМК, обязана определить точное время начала заболевания, оценить состояние больного, оказать экстренную или неотложную медицинскую помощь, предварительно оповестить медицинскую организацию, в которую транспортируется больной с указанием приблизительного времени доставки. Медицинская эвакуация включает в себя санитарно-авиационную и санитарную эвакуацию.

4. Больной с признаками ОНМК доставляется в смотровой кабинет врача-невролога медицинской организации, минуя приемное отделение.

5. К моменту доставки больного в смотровой кабинет врача-невролога в указанном структурном подразделении должны находиться:

- врач-невролог для экспресс-оценки неврологического статуса;
- средний медицинский персонал для проведения ЭКГ-исследования и забора крови на анализ (тромбоциты, глюкоза, международное нормализованное отношение (МНО), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).

6. Результаты анализа крови сообщаются дежурному врачу-неврологу в течение 20 минут со времени забора крови (согласно пункту 20 порядка

оказания медицинской помощи больным с ОНМК, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения" (далее – порядок).

7. Не дожидаясь результатов анализа крови, больной доставляется в кабинет проведения компьютерной томографии (магнитно-резонансной томографии).

7.1. Компьютерный томограф (магнитно-резонансный томограф) должен находиться в режиме ожидания. Врач-рентгенолог обеспечивает выполнение нейровизуализации всем пациентам с признаками ОНМК при поступлении.

7.2. При невозможности получения заключения по месту проведения томографии данные исследования направляются по электронным каналам связи в региональный сосудистый центр (далее – РСЦ) согласно зонам закрепления первичных сосудистых и неврологических отделений, утвержденным приложением 1 к настоящему приказу.

7.3. Пациентам с ОНМК по ишемическому типу, госпитализированным в первые 6 часов от начала заболевания, врач-рентгенолог проводит оценку данных нейровизуализации с расчетом балла по шкале ASPECTS, далее обеспечивает выполнение исследования сосудов головного мозга (КТ-ангиография от дуги аорты или МР-ангиография).

7.4. Пациентам с ОНМК по геморрагическому типу врач-рентгенолог проводит оценку данных нейровизуализации и обеспечивает выполнение исследования сосудов головного мозга (КТ-ангиография или МР-ангиография).

7.5. Общее время выполнения компьютерной томографии (магнитно-резонансной томографии) и получения результатов не должно превышать 40 минут.

7.6. Учитывая, что ОНМК является ургентным состоянием, при отсутствии у пациента анамнестических данных за острую почечную недостаточность или хроническую почечную недостаточность в стадии декомпенсации, ожидание результатов содержания мочевины и креатинина в сыворотке крови перед применением контрастного препарата не требуется, запись о чем в медицинской документации оформляется консилиумом врачей.

8. Результат КТ-исследования немедленно сообщается дежурному врачу-неврологу неврологического отделения, который оценивает состояние пациента в соответствии с критериями для проведения эндоваскулярного лечения (тромбоэкстракция с использованием стент-ретриверов, тромбаспирация или сочетание методов).

8.1. Если пациент соответствует критериям отбора для проведения эндоваскулярного лечения (инфаркт-связанная окклюзия ВСА или проксимальных отделов СМА, от начала заболевания прошло не более 6 часов, возраст ≥ 18 лет), дежурный врач-невролог оповещает дежурного врача отделения рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения (РХМДиЛ) РСЦ, согласовывает перевод больного и обеспечивает экстренную транспортировку пациента непосредственно в отделение РХМДиЛ.

9. Системную тромболитическую терапию необходимо начинать

как можно раньше, при отсутствии противопоказаний у пациента.

9.1. Начало проведения тромболитической терапии возможно в кабинете КТ в случае необходимости выполнения КТ ангиографии.

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

9.3. Начало эндоваскулярного вмешательства не должно быть отсрочено ожиданием эффекта от системной тромболитической терапии.

10. Консультация пациентов с ОНМК врачом-нейрохирургом РСЦ, в том числе с использованием электронных каналов связи, проводится в случае постановки следующих диагнозов:

- геморрагический инсульт, разрыв аневризмы с субарахноидальным кровоизлиянием – в срок не позднее 60 минут после получения результатов компьютерной томографии;

- злокачественный ишемический инсульт – в срок не позднее 24 часов от момента развития заболевания.

10.1. При наличии показаний к оперативному лечению ОНМК, врач-невролог организует экстренный перевод пациента в РСЦ, используя санитарно-авиационную или санитарную эвакуацию.

При отсутствии возможности перевода пациента из медицинской организации, на базе которой развернуто первичное сосудистое отделение (далее – ПСО) в РСЦ, хирургическое лечение осуществляется на месте выездными бригадами врачей-нейрохирургов РСЦ.

11. При подтверждении диагноза ОНМК, больные со всеми типами ОНМК в остром периоде заболевания, в том числе с транзиторными ишемическими атаками, без исключения, поступают в блок (палату) реанимации и интенсивной терапии.

Время от момента поступления больного в медицинскую организацию до перевода в профильное отделение составляет не более 60 минут.

11.1. Длительность пребывания больных в блоке (палате) реанимации и интенсивной терапии не может быть менее 24 часов.

11.2. В блоке (палате) реанимации и интенсивной терапии в течение первых 3 часов с момента поступления проводится:

- оценка уровня сознания с использованием шкалы ком Глазго;
- оценка неврологического статуса с использованием оценочных шкал NIHSS, Рэнкин, Ривермид;
- оценка соматического статуса;
- оценка функции глотания (стандартизированное скрининговое тестирование функции глотания);
- оценка нутритивного статуса;
- общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови и коагулограмма;
- дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных сосудов;
- дуплексное сканирование транскраниальное;
- определение патогенетического подтипа и тактики ведения.

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

- мониторинг неврологического статуса не реже 1 раза в 4 часа;
- мониторинг соматического статуса не реже 1 раза в 4 часа;
- мониторинг лабораторных показателей;
- вторичная профилактика ОНМК и соматических осложнений;
- оценка нутритивного статуса;
- ранняя медицинская реабилитация.

11.4. В случае необходимости проведения больному искусственной вентиляции легких более 7 суток, на основании решения консилиума, осуществляется перевод в общее реанимационное отделение медицинской организации.

11.5. Вторичная профилактика назначается не позднее 3 суток с момента развития ОНМК.

12. При наличии показаний по результатам дуплексного сканирования к проведению оперативного вмешательства на брахиоцефальных сосудах для определения дальнейшей тактики ведения проводится консультация пациента врачом – сердечно-сосудистым хирургом РСЦ государственного учреждения здравоохранения "Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25" (далее – ГУЗ "ГКБ СМП № 25") по телефонам: (8442)54-60-43, (8442)58-48-04, врачом – сердечно-сосудистым хирургом РСЦ государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Волгоградская областная клиническая больница № 1", Волгоград (далее – ГБУЗ "ВОКБ № 1") по телефону: (8442)36-29-14.

12.1 При наличии медицинских показаний к проведению каротидной эндартерэктомии больные, за исключением пациентов с ОНМК, уже находящихся на лечении в Клинике № 1 федерального государственного бюджетного учреждения высшего образования "Волгоградский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, с участием специализированных бригад скорой медицинской помощи или отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации ГУЗ "ГКБ СМП № 25" переводятся в РСЦ.

12.2. Плановые консультации пациентов с ОНМК и патологией брахиоцефальных сосудов врачами – сердечно-сосудистыми хирургами РСЦ осуществляются в режиме видеоконференцсвязи каждый понедельник с 14 ч. 00 мин. до 15 ч. 00 мин. (за исключением праздничных дней).

13. После перевода больного из блока (палаты) реанимации и интенсивной терапии в неврологическое отделение лечение и реабилитационные мероприятия проводятся мультидисциплинарной бригадой специалистов.

14. После выписки из стационара, дальнейшая реабилитация проводится в специализированных медицинских и санаторно-курортных организациях согласно приложению №4.

15. Больные с существенными ограничениями физических и психических возможностей и нуждающиеся в интенсивной симптоматической терапии,

психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе, а также их родственники могут быть проконсультированы на месте выездной бригадой паллиативной медицинской помощи государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Волгоградский областной клинический хоспис".

Показания для перевода больных с острым нарушением мозгового кровообращения на территории Волгоградской области из первичного сосудистого отделения, неврологического отделения, в региональный сосудистый центр для проведения дообследования и лечения

1. Перевод пациента из первичного сосудистого отделения (далее – ПСО) в региональный сосудистый центр (далее – РСЦ) осуществляется после согласования с нейрохирургом РСЦ (при предварительном предоставлении результатов комплексного обследования в виде выписки в электронном с использованием телемедицинских технологий или телефонной консультации).

2. Переводу в РСЦ подлежат:

- пациенты с клинико-инструментальной картиной нетравматического субарахноидального кровоизлияния при угнетении уровня сознания пациента до сопора (не ниже 10 баллов по шкале ком Глазго), нуждающиеся в оперативном лечении;

- пациенты с клинико-инструментальной картиной разорвавшихся и бессимптомных церебральных аневризм головного мозга при угнетении уровня сознания пациента до сопора (не ниже 10 баллов по шкале ком Глазго), нуждающиеся в оперативном лечении;

- пациенты с первичными нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями, подлежащими оперативному лечению в условиях РСЦ, с угнетением уровня сознания пациента до сопора (не ниже 10 баллов по шкале ком Глазго);

- пациенты с ишемическим инсультом или транзиторной ишемической атакой (далее – ТИА) с наличием выявленной окклюзии (или субокклюзии) интракраниальных артерий в сроки не позднее 6 часов от начала заболевания для решения вопроса о тромбэкстракции (тромбаспирации) по согласованию с дежурным эндоваскулярным хирургом;

- пациенты с ТИА и малыми ишемическими инсультами, при наличии окклюзирующих и стенозирующих поражений брахиоцефальных артерий, требующих углубленного обследования и реконструктивных вмешательств, в условиях РСЦ (наличие стенозов по данным УЗДГ 50% и выше) при отсутствии в анамнезе аллергии на йод и йодосодержащие препараты;

- пациенты с бессимптомными окклюзирующими и стенозирующими поражениями брахиоцефальных артерий, требующих углубленного обследования и реконструктивных вмешательств, а в условиях РСЦ (наличие стенозов по данным УЗДГ 50% и выше) при отсутствии в анамнезе аллергии на йод и йодосодержащие препараты;

- пациенты с клиническими и нейрорадиологическими признаками острого нарушения мозгового кровообращения (далее – ОНМК) по ишемическому типу с отеком мозга и дислокационным синдромом (показание для экстренной операции);

- пациенты с ишемическим инсультом, нуждающиеся в декомпрессивной гемикраниэтомии, соответствующие следующим критериям:

- уровень бодрствования по шкале ком Глазго 9 баллов и более;

- поперечная дислокации более 2 мм. в первые 24 часа инсульта или более 7 мм. в первые 48 часов инсульта;

- молодой возраст пациента (<60 лет);

- изолированная ишемия в бассейне средней мозговой артерии;

- отсутствие тяжелой соматической патологии;

Решение о переводе и тактике ведения больных с церебральными аневризмами, первичными нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями и сосудистыми мальформациями, находящихся в сопоре и поверхностной коме (от 8 до 9 баллов по шкале ком Глазго) решается в каждом случае индивидуально, возможно с применением телемедицинских технологий.

3. Переводу в РСЦ не подлежат пациенты с любой формой ОНМК, находящиеся:

- в глубокой и запредельной коме;

- в терминальной стадии хронических соматических и онкологических заболеваний.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от "27" марта 2023 г. № 29н

Перечень медицинских организаций, в структуре которых есть региональный сосудистый центр, первичное сосудистое отделение, неврологическое отделение для больных с острым нарушением мозгового кровообращения, осуществляющих оказание медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения на территории Волгоградской области

Условия оказания медицинской помощи	Вид оказания медицинской помощи	Структурное подразделение медицинской организации	Специалист, оказывающий медицинскую помощь
вне медицинской организации	скорая, в том числе скорая медицинская помощь		фельдшер, врач-специалист
круглосуточный стационар	специализированная	неврологическое отделение для больных с острым нарушением мозгового кровообращения, нейрохирургическое отделение, кабинет (отделение) по рентгеноваскулярным диагностике и лечению	врач-невролог, врач - анестезиолог-реаниматолог, врач-нейрохирург, врач по рентгеноваскулярным диагностике и лечению

Отделения, в которых проводится лечение больных с острым нарушением мозгового кровообращения (далее – ОНМК), на территории Волгоградской области организуются на базе:

- государственного учреждения здравоохранения "Клиническая больница № 4" (первичное сосудистое отделение);
- государственного учреждения здравоохранения "Клиническая больница скорой медицинской помощи № 15" (первичное сосудистое отделение);
- государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Урюпинская центральная районная больница им. В.Ф.Жогова" (первичное сосудистое отделение);
- государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Михайловская центральная районная больница" (первичное сосудистое отделение);

государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Центральная городская больница г.Камышина" (первичное сосудистое отделение);

Клиники № 1 федерального государственного бюджетного учреждения высшего образования "Волгоградский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации (неврологическое отделение);

частного учреждения здравоохранения "Клиническая больница "РЖД- Медицина" города Волгоград (неврологическое отделение).

Региональные сосудистые центры для лечения больных с ОНМК организуются на базе:

государственного учреждения здравоохранения "Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25";

государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Волгоградская областная клиническая больница № 1", Волгоград;

государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Городская клиническая больница № 1 им. С.З. Фишера".

Наименование медицинской организации, в составе которой имеется РСЦ/ЛСО	зоны ответственности	Численность взрослого населения	Количество кооек в РСЦ/ЛСО	число кооек в БИТР	Среднее время медицинской эвакуации	Способ госпитализации	Количество компьютерных томографов (с указанием количества срезов) и магнитно- резонансных томографов, их расположение	Количество рентгено- ангиографических установок, их расположение
ГБУЗ "ВОКБ №1", Волгоград	Дубовский, Иловлинский, Городищенский, Калачевский районы Волгоградской области Дзержинский район – поселок Ангарский (от ул. Елецкой до проспекта им. Жукова) Ворошиловский район Волгограда	198000	24	6	33,5	минуя общее приемное отделение	Корпус 11 с приемным отделением и РСЦ- КТ (128) 1 МРТ (1,5Т), 1КТ (64) в 4 корпусе Оба корпуса по адресу г. Волгоград, ул. Ангарская, д13.	1 (в 11 корпусе)
ГУЗ "ГКБ СМП № 25" (с вертолетной площадкой)	Советский, Краснооктябрьский, Дзержинский, Центральный районы Волгограда Клетский, Суворовинский, Чернышковский районы Волгоградской области	486930	72	18	24,5	приемное отделение	Корпус с приемным отделением и РСЦ- КТ (128), МРТ (1,5) по адресу: Волгоград, ул. Землячки 74	1(в корпусе РСЦ)

ГБУЗ "Клиническая больница скорой медицинской помощи № 15"	Красноармейский, Кировский районы Волгограда, Светлоярский, Котельниковский, Октябрьский районы Волгоградской области	279720	48	12	27,8	минуту общее приемное отделение	Корпус с приемным отделением 2 КТ (64)	
ГБУЗ "Городская клиническая больница № 1 им.С.З.Фишера"	Тракторозаводской район Волгограда, г. Волжский Палласовский, Николаевский, Старополтавский, Быковский, Ленинский районы, Среднеахтубинский районы Волгоградской области	525820	72	18	46,9	минуту общее приемное отделение	Корпус с приемным отделением и РСЦ 1КТ (64), МРТ (1,5)	1(в корпусе РСЦ)
ГБУЗ "Михайловская ЦРБ"	г. Михайловка, Кумылженский, Киквидзенский, Еланский, Даниловский, Фроловский, Серафимовичский районы Волгоградской области	193170	24	6	45,8	минуту общее приемное отделение	Корпус с приемным отделением и ПСО 1КТ (64), МРТ(для амбулаторных)	-
ГБУЗ "Урюпинская ЦРБ"	г. Урюпинск, Урюпинский, Новониколаевский, Новоаннинский, Алексеевский, Нехаевский районы Волгоградской области	111480	24	6	37,5	минуту общее приемное отделение	Корпус с приемным отделением и ПСО 1КТ (64)	-
ГБУЗ "ЦГБ г.Камышина"	г. Камышин, Камышинский, Котовский, Ольховский, Жирновский, Руднянский районы Волгоградской области	173260	24	6	35,6	минуту общее приемное отделение	Корпус с приемным отделением и ПСО 1КТ (64), МРТ (1,5)	-

ПРИЛОЖЕНИЕ 3
к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от "27" марта 2023 г. № 29Н

Маршрутизация пациентов из первичных сосудистых отделений
и неврологических отделений медицинских организаций в региональные
сосудистые центры для оказания медицинской помощи на территории
Волгоградской области

№ п/п	ПСО, отделение для больных с ОНМК	Региональный сосудистый центр
1	ГУЗ "Клиническая больница № 4"	ГБУЗ "Городская клиническая больница № 1 им. С.З.Фишера"
2	ЧУЗ "Клиническая больница "РЖД-Медицина" города Волгоград"	ГУЗ "Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25"
3	ГБУЗ "Центральная городская больница г. Камышина"	
4	ГУЗ "Клиническая больница скорой медицинской помощи № 15"	ГБУЗ "Волгоградская областная клиническая больница № 1", Волгоград
5	ГБУЗ Урюпинская центральная районная больница имени В.Ф.Жогова	
6	ГБУЗ "Михайловская центральная районная больница"	
7	Клиника № 1 ФГБОУ ВО "Волгоградский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации	

"

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от "27" марта 2023 г. № 29н

Маршрутизация и медицинская эвакуация пациентов
с острым нарушением мозгового кровообращения (состояния,
соответствующие кодам I60-I64, G45-G46 Международной статистической
классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый
пересмотр)), нуждающихся в госпитализации по экстренным медицинским
показаниям, для оказания круглосуточной медицинской помощи в медицинских
организациях, расположенных на территории Волгоградской области

№ п/ п	РСП/ ПСО/не врологи ческое отделен ие	Закрепленная медицинская организация, в структуре которой развернуто отделение для лечения пациентов с ОНМК	Районы прикрепления (территория)	Дни госпитализации
1.	РСП	ГУЗ "ГКБ СМП № 25" (с вертолетной площадкой)	Дзержинский район Волгограда (кроме поселка Ангарский)	ежедневно, круглосуточно
			Советский район Волгограда	вторник, четверг, пятница, суббота, воскресенье – круглосуточно
			Краснооктябрьский район Волгограда	четные дни, круглосуточно
			Центральный район Волгограда	вторник, четверг, пятница, суббота, воскресенье - круглосуточно
			Клетский, Суровикинский, Чернышковский районы Волгоградской области	ежедневно, круглосуточно

2.	РСЦ	ГБУЗ "ВОКБ №1", Волгоград	Дубовский, Иловлинский, Городищенский, Калачевский районы Волгоградской области Дзержинский район – поселок Ангарский (от ул. Елецкой до проспекта им. Жукова)	Ежедневно, круглосуточно
			Ворошиловский район Волгограда	вторник, четверг, пятница, суббота, воскресенье – круглосуточно
3.	РСЦ	ГБУЗ "Городская клиническая больница № 1 им.С.З.Фишера"	Краснооктябрьский район Волгограда	нечетные дни, круглосуточно
			Тракторозаводской район Волгограда, г. Волжский Палласовский, Николаевский, Старополтавский, Быковский, Ленинский районы, Среднеахтубинский районы Волгоградской области	ежедневно, круглосуточно
4.	ПСО	ГУЗ "Клиническая больница скорой медицинской помощи № 15"	Красноармейский район Волгограда, Светлоярский, Котельниковский, Октябрьский районы Волгоградской области	ежедневно, круглосуточно
			Кировский район Волгограда	понедельник, вторник, среда – с 16 ч. 00 мин. до 08 ч. 00 мин. четверг, пятница, суббота, воскресенье - круглосуточно
5.	Невроло гическое отделен ие	ЧУЗ "КБ "РЖД- Медицина" города Волгоград"	Советский район Волгограда, Центральный район Волгограда,	понедельник, среда - круглосуточно

			Ворошиловский район Волгограда	
6.	Неврологическое отделение	Клиника №1 ФГБОУ ВО "ВолгГМУ" МЗ РФ	Кировский район Волгограда	понедельник, вторник, среда с 08 ч. 00 мин. до 16 ч. 00 мин.
7.	ПСО	ГБУЗ "ЦГБ г.Камышина"	г. Камышин, Камышинский, Котовский, Ольховский, Жирновский, Руднянский районы Волгоградской области	ежедневно, круглосуточно
8.	ПСО	ГБУЗ "Михайловская ЦРБ"	г. Михайловка, Кумылженский, Киквидзенский, Еланский, Даниловский, Фроловский, Серафимовичский районы Волгоградской области	ежедневно, круглосуточно
9.	ПСО	ГБУЗ "Урюпинская ЦРБ"	г. Урюпинск, Урюпинский, Новониколаевский, Новоаннинский, Алексеевский, Нехаевский районы Волгоградской области	ежедневно, круглосуточно

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от "27" марта 2023 г. № 29н

Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в зависимости от балла по шкале реабилитационной маршрутизации при выписке

1. Медицинская реабилитация взрослым в Волгоградской области осуществляется в три этапа на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

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

Шкала реабилитационной маршрутизации

Значения показателя ШРМ (баллы)	Описание состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции и структуры организма, активность и участие пациента)		
	При заболеваниях или состояниях центральной нервной системы	При заболеваниях или состояниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы	При соматических заболеваниях
0	Отсутствие нарушений функционирования и ограничения жизнедеятельности. Функции, структуры организма сохранены полностью		
1	Отсутствие проявлений нарушений функционирования и ограничения жизнедеятельности при наличии симптомов заболевания		
	а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение, другое), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; 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	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 выполнить виды деятельности (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и другие) с той степенью активности, которая была до болезни, но может справляться с ними без посторонней помощи; б) может самостоятельно себя обслуживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит 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 справляться с ними без посторонней помощи; б) может самостоятельно себя обслуживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит 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 справляться с ними без посторонней помощи; б) обычная физическая нагрузка не вызывает выраженного утомления, слабости, одышки или сердцебиения. Стенокардия развивается при значительном, ускоренном или особо длительном напряжении (усилии). Тест шестиминутной ходьбы (ТШМ) > 425 м. Тесты с физической нагрузкой (велозергометрия или спироэргометрия) 125 Вт 7 MB; в) может самостоятельно себя обслуживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается); г) не нуждается в наблюдении; д) может проживать один дома от недели и более без посторонней помощи
3	Умеренное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности		
	а) может передвигаться самостоятельно; б) самостоятельно одевается, раздевается, выполняет другие виды повседневной активности; в) нуждается в посторонней помощи при выполнении сложных видов	а) может передвигаться самостоятельно, с помощью трости; б) незначительное ограничение возможностей самообслуживания при одевании, раздевании, посещении туалета, приеме пищи и выполнении других	а) может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; б) патологические симптомы в покое отсутствуют, обычная физическая нагрузка вызывает слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку, стенокардия развивается

	активности: приготовлении пищи, уборки дома, походе в магазин за покупками и других; г) нуждается в помощи для выполнения операций с денежными средствами; д) может проживать один дома без посторонней помощи от 1 суток до 1 недели	видов повседневной активности; в) нуждается в посторонней помощи при выполнении сложных видов активности: приготовлении пищи, уборке дома, походе в магазин за покупками и других; г) умеренно выраженный болевой синдром во время ходьбы, незначительно выраженный болевой синдром в покое (1 - 3 балла по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ)); д) может проживать один дома без посторонней помощи от 1 суток до 1 недели	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 (VELOЭРГОМЕТРИЯ/СПИРОЭРГОМЕТРИЯ) = 75 - 100 Вт/4 - 6,9 МЕ; в) самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет другие виды повседневной активности; г) нуждается в посторонней помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборка дома, поход в магазин за покупками; д) может проживать один дома без посторонней помощи от 1 суток до 1 недели
4	Выраженное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности		
	а) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; б) нуждается в посторонней помощи при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и других; в) в обычной жизни нуждается в ухаживающем; г) может проживать один дома без посторонней помощи до 1 суток	а) умеренное ограничение возможностей передвижения, нуждается в дополнительном средстве опоры - костылях; б) умеренное ограничение возможностей самообслуживания и выполнения всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и других; в) выраженный болевой синдром во время движений, умеренно выраженный болевой синдром в покое (4 - 7 баллов по ВАШ);	а) умеренное ограничение возможностей передвижения; 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 (VELOЭРГОМЕТРИЯ/СПИРОЭРГОМЕТРИЯ) = 25 - 50 Вт/2 - 3,9 МЕ; в) нуждается в посторонней помощи при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и других; г) в обычной жизни нуждается в ухаживающем;

		д) может проживать один дома без посторонней помощи от 1 суток до 1 недели	д) может проживать один дома без посторонней помощи до 1 суток
5	Грубое нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности		
	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	а) выраженное ограничение возможностей передвижения, нуждается в дополнительных средствах опоры - ходунки или самостоятельно передвигается в коляске. Перемещение ограничено пределами стационарного отделения. Не может ходить по лестнице; б) выраженное ограничение возможностей самообслуживания и выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет и других; в) выраженный болевой синдром в покое (8 - 0 баллов по ВАШ), усиливающийся при движении; г) может проживать один дома без посторонней помощи до 1 суток	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
6	Нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности крайней степени тяжести		
	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	
--	--	--

Примечание:

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

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

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

3. 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 (маршрутизация пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, нуждающихся в медицинской реабилитации осуществляется согласно

приказу комитета здравоохранения Волгоградской области от 13.03.2023 № 25н).

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

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

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

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

6. Третий этап медицинской реабилитации осуществляется в отделениях амбулаторной реабилитации и в дневных реабилитационных стационарах. На третий этап медицинской реабилитации маршрутизируются пациенты со степенью зависимости по ШРМ 2 - 3 балла. Реабилитационное лечение

на третьем этапе медицинской реабилитации осуществляется при оказании первичной медико-санитарной помощи в условиях:

- дневного стационара (отделение медицинской реабилитации дневного стационара);
- амбулаторных условиях (амбулаторное отделение медицинской реабилитации), в том числе с применением телемедицинских технологий.

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

ПРИЛОЖЕНИЕ 6
к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от "27" марта 2023 г. № 29н

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

Настоящий Регламент регулирует вопросы организации оказания медицинской помощи пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий в государственных учреждениях здравоохранения Волгоградской области, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению Волгоградской области.

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

1. Скрининговое ультразвуковое обследование брахиоцефальных артерий с целью выявления окклюзионно-стенотического поражения брахиоцефальных артерий осуществляется в медицинских организациях Волгоградской области.

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

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

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

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

включительно: повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела или ожирение.

3. Направление пациентов на ультразвуковое обследование брахиоцефальных артерий с целью выявления окклюзионно-стенотического поражения брахиоцефальных артерий должно осуществляться врачами-специалистами амбулаторно-поликлинического этапа при наличии медицинских показаний согласно пункта 2 приложения.

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

5. Показаниями для проведения компьютерно-томографической ангиографии являются:

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

- стеноз внутренней сонной артерии $\geq 70\%$ (по европейской методике измерения, ECST) по данным ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий при отсутствии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторной ишемической атаки или ишемического инсульта в бассейне внутренней сонной артерии);

- стеноз VI сегмента позвоночной артерии $\geq 60\%$ (по европейской методике измерения, ECST) по данным ультразвукового обследования брахиоцефальных артерий при наличии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт в вертебробазилярном бассейне);

- выявленная окклюзия просвета брахиоцефальной артерии по данным ультразвукового исследования;

- наличие пролонгированной бляшки ($> 3,0$ см) в артерии, отсутствие возможности визуализации конца бляшки по данным ультразвукового обследования брахиоцефальных артерий;

- наличие в анамнезе данных о перенесенном внутричерепном кровоизлиянии, в том числе субарахноидальном кровоизлиянии, геморрагическом инсульте, травматическом кровоизлиянии;

6. Проведение компьютерно-томографической ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий осуществляется в клинко-диагностическом центре.

7. По результатам проведенного обследования при наличии показаний пациент направляется на консультацию к врачу сердечно-сосудистому хирургу или врачу-нейрохирургу .

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

- стеноз внутренней сонной артерии $\geq 50\%$ (по европейской методике измерения, ECST) по данным ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий и компьютерно-томографической ангиографии брахиоцефальных артерий, при наличии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт в бассейне внутренней сонной артерии);

- стеноз внутренней сонной артерии $\geq 70\%$ (по европейской методике измерения, ECST) по данным ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий и компьютерно-томографической ангиографии брахиоцефальных артерий, при отсутствии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторной ишемической атаки или ишемического инсульта в бассейне внутренней сонной артерии). Оклюзия внутренней сонной артерии при наличии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт в бассейне внутренней сонной артерии) требует консультации врача-нейрохирурга и/или врача сердечно-сосудистого хирурга. Наличие сочетанного стеноза внутренней сонной артерии $\geq 50\%$ на контралатеральной стороне требует консультации врача сердечно-сосудистого хирурга или врача-нейрохирурга;

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

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

9. Направление на консультацию к врачу сердечно-сосудистому хирургу или врачу-нейрохирургу оформляется в электронном виде с использованием возможностей Региональной информационной системы здравоохранения Волгоградской области.

10. По результатам консультации пациента врачом сердечно-сосудистым хирургом или врачом-нейрохирургом принимается решение о проведении оперативного лечения в стационарных условиях медицинских организаций Волгоградской области. При отсутствии медицинских показаний к оперативному лечению пациенты возвращаются под наблюдение врачей-специалистов амбулаторно-поликлинического этапа и ведутся с учетом рекомендаций сосудистого хирурга.

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

1. Показания для проведения хирургического лечения:

- симптомные пациентов со стенозами более 60% (NASCET) [A], если частота периоперационного показателя «инсульт + летальность от инсульта» составляет в учреждении менее 3% для больных с ТИА и менее 5% для больных, перенесших инсульт. Общая летальность не должна превышать 2%.
- пациентов со стенозом ВСА от 50 до 60% с учетом морфологической нестабильности атеросклеротической бляшки (изъязвление, кровоизлияние в бляшку, флотация интимы, пристеночный тромб) с учетом неврологической симптоматики – ТИА или инсульт в течение последних 6 месяцев.
- начало последнего эпизода ОНМК при малых инсультах (не более 3 баллов по шкале исходов инсультов по модифицированной шкале Рэнкин), через 6–8 недель после полных инсультов. Каротидная эндартерэктомия может быть выполнена в течение ближайших дней после ТИА.
- бессимптомные пациенты со стенозами от 70 до 99%, если операционный риск составляет менее 3%.

Маршрутизация пациентов для проведения хирургических вмешательств на экстракраниальных отделах церебральных артерий регламентирована приказом комитета здравоохранения Волгоградской области №97н от 30.05.2022.