



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

от 24.05.2023

№ 59-н

г. Саратов

**Об оказании медицинской помощи больным
с сердечно-сосудистыми заболеваниями**

На основании Положения о министерстве здравоохранения Саратовской области, утвержденного постановлением Правительства Саратовской области от 01.11.2007 № 386-П «Вопросы министерства здравоохранения Саратовской области», в целях совершенствования медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, реализации плана мероприятий по сокращению смертности от ишемической болезни сердца и цереброваскулярной болезни

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1 маршруты госпитализации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями:

1.1.1 с острым коронарным синдромом в первичные сосудистые отделения (приложение № 1);

1.1.2 с острым коронарным синдромом в региональные сосудистые центры (приложение № 2);

1.1.3 с острым нарушением мозгового кровообращения (далее – ОНМК) в первичные сосудистые отделения и региональный сосудистый центр № 1 (приложение № 3);

1.1.4 госпитализации (переводов) больных с острым коронарным синдромом (далее – ОКС) из первичных сосудистых отделений (далее - ПСО) в региональные сосудистые центры (далее - РСЦ) (приложение № 4);

1.1.5 с экстренной кардиологической патологией (кроме ОКС) жителей г. Саратова (круглосуточно) (приложение № 5);

1.2 алгоритм выбора маршрутизации пациентов с болезнями системы кровообращения (приложение № 6);

1.3 организацию медицинской эвакуации больных с острым коронарным синдромом из первичных сосудистых отделений в региональный сосудистый центр (приложение № 10);

1.4 регламент взаимодействия медицинских организаций, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ОНМК (включая межтерриториальное взаимодействие с государственными учреждениями

здравоохранения регионального и федерального уровней) при оказании медицинской помощи пациентам с ОНМК, требующим проведения нейрохирургического, сосудисто-хирургического вмешательства (приложение № 11);

1.5 критерии отбора жителей с наиболее вероятным наличием атеросклеротического поражения брахиоцефальных сосудов (приложение № 12);

1.6 маршрутизацию пациентов после дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий с цветным доплеровским картированием кровотока (далее - ДС ЦДК брахиоцефальных артерий, А04.12.005.003) на консультацию сосудистого хирурга (приложение № 13);

1.7 форму регистра пациентов с выявленным стенозом 70% и более (приложение № 14);

1.8 форму ежемесячного мониторинга по оперативной активности (приложение № 15);

1.9 примерные порядок проведения и протокол заседания кардиоконсилиума в ГУЗ «ОККД» (приложение № 16);

1.10 примерный регламент оказания медицинской реабилитации пациентам с ОКС (приложение № 17);

1.11 алгоритм ведения пациентов при выявлении показаний к экстренному кардиохирургическому вмешательству, в том числе АКШ (приложение № 18);

1.12 примерный регламент оказания медицинской реабилитации пациентам с ОНМК (приложение № 19).

2. Обеспечить функционирование на постоянной основе координационных центров:

на базе государственного учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница»;

на базе государственного учреждения здравоохранения «Областной клинический кардиологический диспансер».

3. Главным врачам ГУЗ «ОКБ», ГУЗ «ОККД»:

3.1 обеспечить круглосуточную работу координационных центров:

3.1.1 контактные телефоны для консультации ЭКГ и согласования госпитализации пациентов с ОКС и ОНМК ГУЗ «ОКБ»:

в рабочее время: +7 937-804-60-99, 8(8452)49-14-44;

круглосуточно: 8(8452)49-15-44, 8(8452)49-15-04;

3.1.2 контактные телефоны для консультации ЭКГ и согласования госпитализации пациентов с ОКС ГУЗ «ОККД»:

круглосуточно: +7 987-350-37-00; +7 987-321-00-57.

4. Главному врачу ГУЗ «ОККД» обеспечить организацию проведения кардиологического консилиума (кардиоконсилиума) мультидисциплинарной бригадой в составе: врач-сердечно-сосудистый хирург, кардиолог, врач по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению в режиме телемедицинских консультаций в соответствии с приложением № 16.

5. Главным врачам ГУЗ «ОКБ», ГУЗ «СГКБ № 8» обеспечить:

5.1 представление пациентов на кардиологический консилиум с результатами обследования и коронароангиографией в соответствии с приложением № 16;

5.2 при выявлении показаний к проведению высокотехнологичной медицинской помощи оформлять медицинскую документацию в соответствии с Порядком организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, утвержденным приказом министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.10.2019 № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения»;

5.3 назначить приказом главного врача ответственных за проведение кардиоконсилима и предоставить приказы о назначении ответственных исполнителей с указанием Ф.И.О., должности, контактных телефонов в ГУЗ «ОККД» главному внештатному специалисту по сердечно-сосудистой хирургии министерства здравоохранения Саратовской области П.А. Вавилову по адресу электронной почты: sarokxc@mail.ru

6. Руководителям медицинских организаций области, подведомственных министерству здравоохранения Саратовской области, обеспечить:

6.1 координацию медицинской помощи больным с острой сосудистой патологией из прикрепленных территорий;

6.2 взаимодействие с региональными сосудистыми центрами;

6.3 дополнительную подготовку медицинских кадров, участвующих в оказании медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями;

6.4 предоставление информации по организации медицинской помощи больным с острыми сосудистыми заболеваниями по требованию руководителей региональных сосудистых центров;

6.5 этапность и преемственность медицинской помощи больным с ишемической болезнью сердца в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (далее - приказ № 918н), и больным с цереброваскулярной болезнью в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» (далее - приказ № 928н), выполнение стандартов медицинской помощи, утвержденных приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации;

6.6 организовать мероприятия по развитию системы информирования и повышения образовательного уровня прикрепленного на медицинское обслуживание населения по вопросам профилактики ишемической болезни сердца и цереброваскулярной болезни, обеспечив охват кампанией по мотивированию на ведение здорового образа жизни не менее 80% прикрепленного населения, в том числе:

6.6.1 подготовить и распространить через местные средства массовой информации, телевидение информационные материалы по профилактике болезней органов кровообращения;

6.6.2 активизировать разъяснительную работу с населением по раннему обращению за медицинской помощью при подозрении на острый коронарный синдром или острое нарушение мозгового кровообращения в средствах массовой информации, через участковую службу, кабинеты (отделения) профилактики;

6.7 усилить контроль за своевременным взятием на диспансерный учет больных с ишемической болезнью сердца и цереброваскулярной болезнью, обеспечив охват диспансеризацией больных с ишемической болезнью сердца не менее 80% от общего числа зарегистрированных больных с данным заболеванием; с цереброваскулярной болезнью - не менее 80% от общего числа зарегистрированных больных с данным заболеванием;

6.8 организовать разработку на каждом терапевтическом участке индивидуального плана диспансерного наблюдения за больными с ишемической болезнью сердца и цереброваскулярной болезнью, обеспечить контроль за выполнением плана и качеством диспансерного динамического наблюдения больных с ишемической болезнью сердца в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении Порядка диспансерного наблюдения за взрослыми»;

6.9 обеспечить обучение в школах для больных не менее 40% больных, состоящих на диспансерном наблюдении с ишемической болезнью сердца и не менее 40% больных, состоящих на диспансерном наблюдении с цереброваскулярной болезнью;

6.10 обеспечить выполнение графика выездов врачебных бригад для оказания медицинской помощи жителям отдаленных территорий;

6.11 обеспечить госпитализацию пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST в соответствии с приложениями № 1, № 2, № 4;

6.12 обеспечить госпитализацию пациентов с ОКС без подъема сегмента ST в соответствии с приложениями № 1, № 2, № 4;

6.13 обеспечить госпитализацию пациентов с экстренной кардиологической патологией (кроме ОКС) (приложение № 5);

6.14 обеспечить наблюдение пациентов, согласно алгоритму выбора маршрутизации пациентов с болезнями системы кровообращения (приложение № 6);

6.15 обеспечить наличие препаратов для тромболитической терапии для оказания медицинской помощи в стационаре и на этапе скорой медицинской помощи в соответствии с Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, необходимых для оказания стационарной медицинской помощи, медицинской помощи в дневных стационарах всех типов, а также скорой и неотложной медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Саратовской области;

6.16 назначить ответственных за проведение тромболитической терапии, обеспечить обучение специалистов, оказывающих помощь больным с ОКС и ишемическим инсультом;

6.17 организовать в максимально короткие сроки доставку (транспортировку) каждого больного с подозрением на ОКС в период

«терапевтического окна» в специализированное отделение стационара (приложение № 1), с подозрением на ОНМК (приложение № 3);

6.18 обеспечить госпитализацию в стационар больных с ОНМК в сроки менее 1 часа от начала заболевания - не менее 15% больных, в первые сутки от начала заболевания - не менее 60%;

6.19 обеспечить проведение тромболитической терапии в период «терапевтического окна» больным с ОКС (с учетом медицинских показаний и противопоказаний (приложение № 7) и больным с ишемическим инсультом:

больным с ОКС не менее 40% в период «терапевтического окна»;

больным с ишемическим инсультом - в соответствии с целевыми индикаторами;

6.20 рекомендовать при оказании медицинской помощи больным с ОКС и ОНМК использовать алгоритмы действий фельдшера скорой медицинской помощи, врача скорой медицинской помощи, врача поликлиники (приложение №8, № 9);

6.21 обеспечить, при наличии медицинских показаний, транспортировку бригадами скорой медицинской помощи больных с ОКС в РСЦ (приложение № 2, № 9);

6.22 обеспечить, при наличии медицинских показаний (приложение № 10), медицинскую эвакуацию больных с ОКС из ПСО в РСЦ на базе РСЦ № 1 или в РСЦ для больных с ОКС РСЦ № 2 (для больных с острым коронарным синдромом). Вопросы медицинской эвакуации или перевода больного (в РСЦ, в РСЦ для больных с ОКС) предварительно согласовывать по телефонам, указанным в приложении № 4;

6.23 обеспечить медицинскую эвакуацию больных с острым нарушением мозгового кровообращения из ПСО в РСЦ № 1 с учетом показаний (приложение № 8, № 11);

6.24 обеспечить достоверность установления причин смерти от заболеваний органов кровообращения в соответствии с МКБ-10 с максимальным проведением патологоанатомических вскрытий, контролем качества оформления каждого медицинского свидетельства о смерти, проводить анализ каждого случая смерти;

6.25 организовать в медицинских организациях постоянно-действующие ежемесячные семинары для врачей первичного звена по вопросам выполнения стандартов медицинской помощи, диспансеризации, этапности и преемственности при оказании медицинской помощи больным с ишемической болезнью сердца и цереброваскулярной болезнью;

6.26 обеспечить постоянное повышение квалификации по вопросам оказания медицинской помощи больным с ишемической болезнью сердца и цереброваскулярной болезнью участковых терапевтов, врачей общей практики, кардиологов, в том числе с обязательным их участием в межрайонных и областных конференциях и семинарах.

6.27 обеспечить проведение отбора жителей области с наиболее вероятным наличием атеросклеротического поражения брахиоцефальных сосудов в соответствии с приложением № 12 настоящего приказа, и их направление на проведение ДС ЦДК брахиоцефальных артерий;

6.28 обеспечить направление пациентов в срок до 10 дней на консультацию сосудистого хирурга (при выявлении показаний) для решения

вопроса о целесообразности хирургического лечения согласно маршрутизации, указанной в приложении № 13.

7. Главным врачам медицинских организаций, на базе которых функционируют ПСО для больных с ОНМК, осуществлять консультации в РСЦ № 1 врачами отделения сосудистой хирургии № 2 всех пациентов с выявленным стенозом брахиоцефальных артерий 70% и более с помощью телемедицины.

8. Главным врачам ГУЗ «ОКБ», ГУЗ «СГКБ № 1 им.Ю.Я.Гордеева» обеспечить заполнение регистра пациентов с выявленным стенозом 70% и более согласно приложению № 14 с последующим предоставлением главному внештатному специалисту по сердечно-сосудистой хирургии министерства здравоохранения Саратовской области П.А. Вавилову ежемесячно нарастающим итогом в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

9. Главному внештатному специалисту по сердечно-сосудистой хирургии министерства здравоохранения Саратовской области П.А. Вавилову обеспечить:

9.1 организационно-методическую помощь медицинским организациям;

9.2 заполнение сводного регистра пациентов с выявленным стенозом 70% и более согласно приложению № 14;

9.3 предоставление мониторинга согласно приложениям № 14, № 15 в ГУЗ «МИАЦ» и организационно-методический отдел РСЦ № 1 и РСЦ № 2 ежемесячно нарастающим итогом в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

10. Признать утратившим силу приказ министерства здравоохранения Саратовской области от 07.06.2021 № 116-п «Об оказании медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

11. Настоящий приказ подлежит официальному опубликованию в средствах массовой информации.

12. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

13. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Саратовской области, курирующего вопросы организации медицинской помощи взрослому населению.

И.о. министра



А.М. Выкова

**Маршруты госпитализации пациентов
 с острым коронарным синдромом в первичные сосудистые отделения**

№ п/п	Наименование территорий городского округа/муниципального района/городского, сельского поселения	Медицинская организация	Форма ОКС	День недели/часы госпитализации/численность населения
1.	г. Энгельс и Энгельсский район, Марковский, Советский, Ровенский	ГАУЗ «ЭГБ № 2»	ОКС пST, ОКС бпST	ежедневно круглосуточно население – 400 000 чел
2.	Балаковский, Краснопартизанский, Духовницкий, Хвалынский, городской округ г. Хвалыnsk, п. Михайловский	ГУЗ СО «БГКБ»	ОКС пST, ОКС бпST	ежедневно круглосуточно население – 250 000 чел
3.	Пугачевский, Ивантеевский, Перелюбский	ГУЗ СО «Пугачевская РБ»	ОКС пST, ОКС бпST	ежедневно круглосуточно население – 80 000 чел
4.	Балашовский, Романовский, Самойловский, Аркадакский, Турковский, Ртищевский	ГУЗ СО «Балашовская РБ»	ОКС пST, ОКС бпST	ежедневно круглосуточно население – 210 000 чел
5.	Вольский, Воскресенский (кроме: с. Елшанка, с. Чардым, с. Андреевка, с. Усовка, с. Коммуна, с. Славянка, с. Афанасьевка, с. Малая Ивановка, с. Черноморский, с. Софьино),	ГУЗ СО «Вольская РБ»	ОКС пST, ОКС бпST	ежедневно круглосуточно население – 120 000 чел

	Базарно-Карабулакский (кроме: с. Алексеевка, с. Ивановка, р.п.Базарный Карабулак, с. Липовка, п. Свободный, с. Старые Бурасы, с. Тепляковка), городской округ г. Шиханы			
6.	Петровский	ГУЗ СО «Петровская РБ»	ОКС пСТ, ОКС бпСТ	ежедневно круглосуточно население – 40 000 чел
7.	Ершовский, Федоровский, Озинский, Дергачевский	ЧУЗ«РЖД-Медицина» г.Ершов»	ОКС пСТ, ОКС бпСТ	ежедневно круглосуточно население – 80 000 чел
8.	г.Саратов: Октябрьский район	ГУЗ «СГКБ № 1 им.Ю.Я.Гордеева»	ОКС бпСТ	ежедневно круглосуточно население – 120 000 чел
9.	г.Саратов: Фрунзенский район	Университетская клиническая больница № 1 ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им.В.И.Разумовского»	ОКС бпСТ	ежедневно круглосуточно население – 50 000 чел
	г. Саратов: Кировский район	Минздрава России	ОКС бпСТ	ежедневно, круглосуточно население – 130 000 чел
10.	г. Саратов: Ленинский район	ГУЗ «СГКБ № 8»	ОКС бпСТ	ежедневно круглосуточно население – 320 000 чел
	Гагаринский район		ОКС пСТ ОКС бпСТ	

**Маршруты госпитализации пациентов
с острым коронарным синдромом в региональные сосудистые центры**

№ п/п	Наименование территорий городского округа/ муниципального района/городского, сельского поселения	Медицинская организация/ количество рентгеноперационных/ установок	Форма ОКС	День недели/ часы госпитализации/ численность населения
1.	Новобурасский, Лысогорский, Красноармейский, Татищевский, Балтайский, Калининский, п. Светлый, Воскресенский (с. Елшанка, с. Чардым, с. Андреевка, с. Усовка, с. Коммуна, с. Славянка, с. Афанасьевка, с. Малая Ивановка, с. Черноморский, с. Софьино), Базарно- Карабулакский, (с. Алексеевка, с. Ивановка, р.п.Базарный Карабулак, с. Липовка, п. Свободный, с. Старые Бурасы, с. Тепляковка), Екатериновский	ГУЗ «ОКБ» (РСЦ № 1), контактные телефоны для согласования госпитализации в рабочее время: 8-937-804-60-99, 8(8452)49-14-44, круглосуточно: 8(8452)49-15-44, 8(8452)49-15-04 количество рентгеноперационных – 2 количество рентгенангиографических установок – 2	ОКС пST, ОКС бпST	ежедневно круглосуточно население – 340 000 чел
2.	Александрово- Гайский, Новоузенский, Питерский, Краснокутский, Аткарский,	ГУЗ «ОККД» (РСЦ № 2) (г. Саратов, ул. им. 53 Стрелковой дивизии, здание 8) количество рентгеноперационных – 1 количество	ОКС пST, ОКС бпST	ежедневно круглосуточно население – 120544

		рентгенангиографических установок - 1		
3.	г. Саратов: Волжский, Фрунзенский, Октябрьский, Ленинский, Кировский районы	ГУЗ «ОККД» (РСЦ № 2) (г. Саратов, ул. им. 53 Стрелковой дивизии, здание 8) количество рентгеноперационных - 1 количество рентгенангиографических установок - 1	ОКС пСТ	ежедневно круглосуточно население - 690 000 чел
4.	г. Саратов: Заводской район	ГУЗ «ОККД» (РСЦ № 2) (г. Саратов, пр. Крымский, здание 16) количество рентгеноперационных - 2 количество рентгенангиографических установок - 2	ОКС пСТ	ежедневно круглосуточно население - 190 000 чел
		ГУЗ «ОККД» (РСЦ № 2) (г. Саратов, ул. Крымская, здание 15, строение 1)	ОКС 6пСТ	

**Маршруты госпитализации пациентов
с острым нарушением мозгового кровообращения в первичные сосудистые отделения
и региональный сосудистый центр № 1**

Госпитализация больных в РСЦ и ПСО	Районы области и города Саратов	Население прикрепленной территории	Койки всего/ БИТ	Среднее время медицинской эвакуации пациента с ОНМК в зоне ответственности	Количество компьютерных томографов (с указанием количества срезов) и магнитно- резонансных томографов, их расположение	Количество рентгеноангиогра фических установок, их расположение
РСЦ № 1 ГУЗ «ОКБ»	Аткарский	30 342	62/18			
	Балтайский	8 610				
	Александрово-Гайский	11 154				
	Новобурасский	12 426				
	Лысогорский	14 538				
	Красноармейский	36 259				
	Калининский	22 978				
	Татищевский	22 551				
	п. Светлый	10 464				
	Воскресенский	4 106				
Базарно-Карабулакский	12 342					

ПСО № 1 ГУЗ СО «БГКБ»	г. Балаково	167 910	38/8	40 минут	КТ 16 без АГ в корпусе ПСО КТ 64+АГ в хирургическом корпусе	Планируется установка ангиографической установки в хирургическом корпусе в 2023 и открытие РСЦ
	Балаковский					
	Краснопартизанский	7 901				
	Духовницкий	8 726				
	Хвальинский	17 189				
	п. Михайловский	1 987				
ПСО № 2 ГАУЗ «ЭГБ № 2»	г. Энгельс	250 613	49/8	80 минут	КТ 64+АГ	
	Энгельсский					
	Марксовский	48 015				
	Советский	20 145				
	Ровенский	12 626				
	Новоузенский	21 793				
ПСО № 3 ГУЗ «СГКБ № 1 им. Ю.Я. Гордеева»	Питерский	12 506	30/6	30 минут	КТ 64+АГ МРТ 1,5 Т	1 ангиографическая установка в основном корпусе
	Краснокутский	25 239				
	г. Саратов: Октябрьский	96 340				
	г. Саратов: Кировский	108 875				
	г. Саратов: Заводской	154 176				
	Гагаринский (Пн, Ср)	41 219				
ПСО № 4 ГУЗ «ОККД»	г. Саратов: Заводской	154 176	32/8	30 минут	КТ 16+АГ	
	г. Саратов: Заводской					
	Гагаринский (Пн, Ср)	41 219				
	г. Балашов	86 511				
	Балашовский					
	Романовский	11 235				
ПСО № 5 ГУЗ СО «Балашовская РБ»	Самойловский	14 039	30/6	50 минут	КТ 16+АГ	
	Аркадакский	16 901				
	Турковский	8 476				
	г. Вольск	69 030				
	Вольский					
	Базарно-Карабулакский	9 535				
ПСО № 6 ГУЗ СО «Вольская РБ»	г. Вольск	69 030	15/в общей реанимации	40 минут	КТ 16	
	Вольский					

	Воскресенский	5 408	30/6	60 минут	КТ 16	
	г.о. Шиханы	4 280				
ПСО № 7 ЧУЗ «РЖД- Медицина» г.Ершов»	г. Ершов	26 619	6/в общей реанимации	30 минут	КТ 16+АГ	
	Федоровский	14 294				
	Озинский	11 478				
	Дергачевский	13 302				
ПСО № 8 ГУЗ СО «Петровская РБ»	Петровский	32 838	11/в общей реанимации	50 минут	КТ 32+АГ	
	Пугачевский	45 608				
ПСО № 9 ГУЗ СО «Пугачевская РБ»	Ивантеевский	10 396	7/ в общей реанимации	40 минут	КТ 32+АГ	
	Перелюбский	9 216				
	Ртищевский	43 508				
ПСО № 10 ГУЗ СО «Ртищевская РБ»	Екатериновский	14 209	30/6	30 минут	КТ 16 МРТ 1,5 Т	
	г.Саратов: Ленинский	224 056				
ПСО № 11 ГУЗ СО «СГКБ № 6 имени Академика В.Н. Кошелева»	Гагаринский (Вт, Вс)	41 219	30/6	40 минут	КТ 128 АГ временно неисправно	
	г.Саратов: Волжский	55 640				
ПСО № 13 ГУЗ СО «СГКБ № 9»	г.Саратов: Фрунзенский	40 799	30/6	30 минут	КТ 128 АГ временно неисправно	
	Гагаринский (Чт, Пт, Сб)	41 219				

* примечание. ПСО № 10 и ПСО № 8 в связи с кадровым дефицитом и малым коечным фондом в 2023 году планируется перевести в режим Теле-ПСО

**Маршруты госпитализации (переводов) пациентов
с острым коронарным синдромом из первичных сосудистых отделений
(далее - ПСО) в региональные сосудистые центры (далее - РСЦ)**

Медицинская организация	Прикрепленное ПСО для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи
Региональный сосудистый центр №1 ГУЗ «ОКБ»	ПСО ГУЗ СО «Балашовская РБ», ПСО ГУЗ СО «Петровская РБ», ПСО ГУЗ СО «БГКБ»
Региональный сосудистый центр № 2 для больных с острым коронарным синдромом ГУЗ «ОККД»	ГУЗ СО «Пугачевская РБ», ГУЗ СО «Вольская РБ», ГАУЗ «ЭГБ № 2», ЧУЗ «РЖД-Медицина» г.Ершов», ГУЗ «СГКБ № 1 им.Ю.Я.Гордеева», ГУЗ «СГКБ № 8»

**Порядок взаимодействия по вопросам госпитализации (переводов)
пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда в
ГУЗ «ОККД» - РСЦ № 2, ГУЗ «ОКБ» - РСЦ № 1**

При выявлении пациента, имеющего медицинские показания для проведения чрескожных коронарных вмешательств, врач бригады скорой медицинской помощи связывается с дежурным кардиореаниматологом ГУЗ «ОККД» по телефону: 8-987-350-37-00 круглосуточно, и оповещает о госпитализации пациента с острым и повторным инфарктом.

Дополнительные контактные телефоны в рабочее время:

8-927-168-49-16;

8-906-149-82-52.

При выявлении пациента, имеющего медицинские показания для госпитализации в ГУЗ «ОКБ»:

в рабочее время - контактные телефоны: 8-937-804-60-99, 8(8452)49-14-44;

круглосуточно - отделение плановой и экстренной консультативной помощи ГУЗ «ОКБ» - 8(8452)49-15-04, 8(8452)49-15-44.

Проведение кардиоконсилиума на базе ГУЗ «ОКБ» понедельник, среда, пятница с 14.00 – 15.00. На базе ГУЗ «СГКБ № 8» вторник, четверг время с 14.00-15.00.

При переводе из другого стационара, перевод согласовывается с дежурным администратором по вышеуказанным телефонам.

**Маршруты госпитализации пациентов
с экстренной кардиологической патологией (кроме ОКС)
жителей г. Саратова
(круглосуточно)**

Наименование территорий городского округа/ муниципального района/городского, сельского поселения	Медицинская организация	Дни недели
Ленинский район	ГУЗ «СГКБ № 8»	ежедневно
Октябрьский, Фрунзенский районы	ГУЗ «СГКБ № 1 им.Ю.Я.Гордеева»	ежедневно
Волжский район	Университетская клиническая больница №1 ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России	ежедневно
Заводской район	ГУЗ «ОККД» г. Саратов, ул. Крымская, здание 15, строение 1	ежедневно
Кировский район	ГУЗ «ОККД» г. Саратов, ул. Крымская, здание 15, строение 1	среда, пятница
	Университетская клиническая больница № 1 ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России	понедельник, вторник, четверг, суббота, воскресенье

**Алгоритм выбора маршрутизации пациентов
с болезнями системы кровообращения**

Диагноз	Маршрутизация
Артериальная гипертензия (АГ) впервые выявленная 1 степени	обследование в поликлинике по месту жительства, коррекция артериального давления
Артериальная гипертензия (АГ) впервые выявленная 2 степени	обследование в стационаре по месту жительства на терапевтической койке; коррекция АД и оценка поражения органов мишеней
Артериальная гипертензия (АГ) впервые выявленная 2-3 степени осложненная (с поражением органов-мишеней)	обследование на специализированной кардиологической койке; подбор терапии; контроль и диспансеризация по месту жительства
<ol style="list-style-type: none"> 1. Артериальная гипертензия(АГ) в стадии обострения (нежизнеугрожающее повышение АД) 2. Подозрение на симптоматическую АГ (проведение дообследования). 3. Жизнеугрожающее повышение АД (гипертонический криз) 4. Рефрактерная АГ. 5. По направлению райвоенкомата. 	лечение по месту жительства на терапевтической или кардиологической койке
Артериальная гипертензия (АГ) неясного генеза, с некоррегируемым уровнем АД	консультация специалистов ГУЗ «ОКБ», ГУЗ «ОККД», при наличии медицинских показаний- госпитализация; лечение по месту жительства на терапевтической или кардиологической койке
ИБС с нарушением ритма: экстрасистолия суправентрикулярная и желудочковая нечастая (в т.ч. политопная, полиморфная)	лечение амбулаторно по месту жительства
ИБС с нарушением ритма: частая (в т.ч. политопная, полиморфная суправентрикулярная и желудочковая экстрасистолия).	наблюдение кардиолога по месту жительства; консультация специалистов ГУЗ «ОККД»; при необходимости в хирургической коррекции – госпитализация в ГУЗ«ОККД»

<p>Впервые возникший пароксизм суправентрикулярной тахикардии, фибрилляции предсердий, желудочковой тахикардии с гемодинамическими нарушениями, нуждающимися в хирургической коррекции.</p>	<p>лечение на кардиологической или терапевтической койке по месту жительства; консультация в ГУЗ «ОККД», при наличии медицинских показаний - госпитализация</p>
<p>Впервые возникший пароксизм суправентрикулярной, наджелудочковой тахикардии, фибрилляции предсердий с гемодинамическими нарушениями, не нуждающимися в хирургической коррекции</p>	<p>лечение по месту жительства на кардиологической или терапевтической койке</p>
<p>ИБС. Стенокардия стабильная</p>	<p>лечение в поликлинике по месту жительства; лечение по месту жительства на кардиологической койке; проведение коронароангиографии в РСЦ</p>
<p>Хроническая сердечная недостаточность 1 стадия Бессимптомная дисфункция левого желудочка (соответствует 1 ст. ХСН)</p>	<p>наблюдение по месту жительства амбулаторно; лечение по месту жительства на терапевтической или кардиологической койке</p>
<p>ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. ХСН 2 стадия Адаптивное ремоделирование левого желудочка (соответствует 2А ст. ХСН)</p>	<p>наблюдение по месту жительства амбулаторно; лечение по месту жительства на терапевтической или кардиологической койке; консультация специалистов ГУЗ «ОКБ», ГУЗ «ОККД»; при наличии медицинских показаний - госпитализация</p>
<p>ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. ХСН 3 ст. Дезадаптивное ремоделирование левого желудочка (соответствует 2Б ст.) ХСН</p>	<p>наблюдение по месту жительства амбулаторно; лечение по месту жительства на терапевтической или кардиологической койке; консультация специалистов ГУЗ «ОКБ», ГУЗ «ОККД»; при наличии медицинских показаний - госпитализация</p>
<p>Кардиомиопатия (дилатационный, гипертрофический и рестриктивный фенотипы), недифференцированная форма кардиомиопатии</p>	<p>наблюдение по месту жительства амбулаторно; лечение по месту жительства на терапевтической или кардиологической койке;</p>

	консультация специалистов ГУЗ «ОККД» для решения вопроса о трансплантации, при необходимости - госпитализация
Миокардит	лечение по месту жительства на кардиологической койке; консультация специалистов ГУЗ «ОКБ», ГУЗ «ОККД»
Врожденный порок сердца, приобретенный порок сердца	консультация кардиохирурга ГУЗ «ОККД», при необходимости - госпитализация для решения вопроса о хирургическом лечении; лечение по месту жительства на терапевтической койке
Легочное сердце и нарушения легочного кровообращения Тромбоэмболия легочной артерии или подозрение на тромбоэмболию легочной артерии	лечение по месту жительства на кардиологической койке; консультация специалистов ГУЗ «ОККД»
Декомпенсация хронического легочного сердца	лечение по месту жительства на терапевтической койке

**Примерные медицинские показания и противопоказания
к проведению тромболитической терапии (ТЛТ) в период
«терапевтического окна» больным с острым коронарным синдромом**

1. Примерные показания к проведению тромболитической терапии (ТЛТ) при остром коронарном синдроме (ОКС).

Подъем сегмента ST на 1 мм в 2-х отведениях от конечностей в сочетании с болевым синдромом в первые 12 часов после начала ангинозного приступа.

Подъем сегмента ST на 2 мм в 2-х и более последовательных грудных отведениях в сочетании с болевым синдромом в первые 12 часов после начала ангинозного приступа.

Острая блокада левой ножки пучка Гиса в первые 12 часов после начала ангинозного приступа.

2. Абсолютные противопоказания к проведению тромболитической терапии (ТЛТ).

В качестве абсолютных противопоказаний к проведению тромболитической терапии (ТЛТ) следует рассматривать:

ранее перенесенный геморрагический инсульт или нарушение мозгового кровообращения неизвестной этиологии;

ишемический инсульт в предшествующие 6 месяцев;

повреждения или новообразования центральной нервной системы, атрериовенозные мальформации центральной нервной системы;

недавняя серьезная травма (хирургическое вмешательство на головном и спинном мозге/травма головы) в течение последних 3 недель, кровотечение из желудочно-кишечного тракта или мочеполовых путей (в течение предыдущего месяца);

известные геморрагический диатез или кровоточивость (кроме менструальных кровотечений);

расслоение аорты (заподозренное или подтвержденное);

злокачественные новообразования;

пункция некомпенсируемых сосудов, биопсия печени, спинномозговая пункция в течение предыдущих 24 часов.

3. Относительные противопоказания к проведению тромболитической терапии (ТЛТ).

В качестве относительных противопоказаний к проведению тромболитической терапии (ТЛТ) следует рассматривать:

транзиторная ишемическая атака в предыдущие 6 месяцев;

прием непрямых антикоагулянтов;

стрептококковая инфекция в течение последних 3-х месяцев (в случае использования стрептокиназы);

артериальная гипертензия равно или более 180/110 мм рт.ст. (ТЛТ проводится после нормализации показателей гемодинамики);

беременность и 1-я неделя после родов;

рефрактерная АГ (САД более 180 мм рт.ст. и/или ДАД более 110 мм рт.ст.);

тяжелое заболевание печени;

острый перикардит;

инфекционный эндокардит;

травматическая или длительная сердечно-легочная реанимация;

обострение язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки, доказанная ФГДС или медицинскими документами;

хирургические вмешательства в течение последних 3-х недель;

пункция магистральных сосудов в течение последнего месяца;

тромбоз глубоких вен нижних конечностей.

Рекомендации по применению тромболитических препаратов:

тромболитическая терапия должна быть начата в ближайшие 10 минут с момента постановки диагноза.

При отсутствии противопоказаний, невозможности выполнения чрескожного коронарного вмешательства и сохранении симптомов и признаков трансмуральной ишемии (подъемов сегмента ST на ЭКГ) у отдельных пациентов с ИМпST (большая зона миокарда под угрозой и/или гемодинамическая нестабильность) для снижения риска смерти рекомендовано проведение тромболитической терапии через 12-24 часа после начала симптомов.

4. Контрольный лист принятия решения врачебно-фельдшерской бригадой СМП о проведении больному с ОКС с подъемом сегмента ST тромболитической терапии:

№ п/п	Вопрос	ДА	НЕТ
1.	Характерный для ОКС (ИМ) болевой синдром и/или его эквиваленты, продолжающиеся не менее 15 - 20 мин., но не более 12 часов		
2.	Выполнена качественная регистрация ЭКГ в 12 отведениях		
3.	Есть подъем сегмента ST на 1 мм и более в двух и более смежных отведениях ЭКГ или зарегистрирована блокада левой ножки пучка Гиса, которой раньше у больного не было		
4.	В период транспортировки больного имеется возможность постоянного мониторингового контроля ЭКГ (хотя бы в одном отведении), внутривенных инфузий (в кубитальной вене установлен катетер) и срочного применения дефибриллятора		
5.	Отсутствие ранее перенесенного геморрагического инсульта или нарушения мозгового кровообращения неизвестной этиологии (не подтвержденные КТ, МРТ) любой давности		
6.	Отсутствие ишемического инсульта (подтвержденного КТ, МРТ) или транзиторной ишемической атаки в предшествующие 6 месяцев		
7.	Отсутствие повреждения ЦНС, или ее новообразования, или артериовенозной мальформации		

8.	Отсутствие недавней серьезной травмы/хирургического вмешательства/травмы головы (в течение предыдущих 3 недель)		
9.	Отсутствие значимого кровотечения желудочно-кишечного, маточного, но не mensis (в течение последнего месяца)		
10.	Отсутствие геморрагического диатеза, отсутствие приема непрямых антикоагулянтов (варфарин)		
11.	Отсутствие пункции некомпенсируемых сосудов (биопсия печени, спинно-мозговая пункция) в течение предыдущих 24 часов		
12.	Отсутствие плохо контролируемой АГ (в момент госпитализации - САД > 180 мм рт.ст. и/или ДАД > 110 мм рт.ст.)		
13.	Отсутствуют данные о тяжелом заболевании печени, инфекционном эндокардите		
14.	Отсутствуют данные о наличии беременности или терминальной стадии какого-либо заболевания		
15.	Отсутствие обострения язвенной болезни		
16.	Отсутствие расслоения аорты		
17.	Отсутствие травматичной или длительной (> 10 мин.) сердечно-легочной реанимации (в течение предыдущих 3 недель)		
18.	Время транспортировки в РСЦ (чрескожных коронарных вмешательств -центр) >30 мин.		

Необходимо отметить каждый из показателей, приведенных в таблице.

<*> Если отмечены все квадратики в столбце «Да» и ни одного в столбце «Нет», то проведение тромболитической терапии больному показано. При наличии даже одного неотмеченного квадратика в столбце «Да» ТЛТ-терапию проводить не следует и заполнение контрольного листа следует прекратить.

**Рекомендуемые алгоритмы действий при выявлении больного
с острым коронарным синдромом и острым нарушением
мозгового кровообращения**

**I. Рекомендуемый алгоритм действий врача (фельдшера) СМП
при выявлении острого коронарного синдрома
с подъемом сегмента ST (ОКСпST)**

1. Осмотр больного, сбор анамнеза - 5 минут.
2. Регистрация ЭКГ - 5 минут.
3. Установление предварительного диагноза – 3 минуты.
4. Купирование болевого синдрома - немедленно:

при выявлении пациента, имеющего сумму баллов LAMS > 4 и сроки начала заболевания < 4 часов, отсутствия нарушения сознания в обязательном порядке сообщать в ГУЗ «ОКБ» или ГУЗ «ОККД», в соответствии с зонами ответственности и маршрутами госпитализации (согласно приложениям № 1, № 2, № 4 к настоящему приказу) для оценки возможности проведения рентгенхирургических методов диагностики и лечения.

1 шаг - нитроглицерин сублингвально в дозе 0,4 мг или нитроглицериновый спрей.

2 шаг - при отсутствии эффекта: наркотические анальгетики внутривенно медленно, дробно (препарат выбора - морфин в дозе 2-4 мг+ 2-8 мг каждые 5-15 минут или 4-8 мг + 2 мг каждые 5 минут, или по 3-5 мг до купирования боли);

3 шаг - при наличии рецидивирующего болевого синдрома, острой левожелудочковой недостаточности, плохо коррегируемой артериальной гипертензии -нитроглицерин внутривенно капельно в дозе 10-200 мкг/мин (критерий эффективности – снижение САД на 10-15%);

5. Дезагреганты (ацетилсалициловая кислота - 250 мг разжевать, клопидогрель - 300 мг внутрь). Возможно применение других антиагрегантов (тикагрелор 180 мг, прасугрел 60 мг) немедленно. При проведении тромболитической терапии тикагрелор, прасугрел не назначать, нагрузочная доза только клопидогрель 300 мг.

6. Антикоагулянты (низкомолекулярный гепарин из расчета 1 мг/кг массы тела, или нефракционированный гепарин 60 ЕД/кг, максимально 4000 ЕД внутривенно) -немедленно.

7. Тромболитическая терапия на догоспитальном этапе при возможности мониторингового контроля за ритмом сердца и проведения электрической кардиоверсии. Преимущественно: тенектеплаза (метализе) в/в болюсно в расчете на массу тела (МТ) больного: 30 мг при МТ <60 кг, 35 мг при 60-70 кг, 40 мг при 70- 80 кг, 45 мг при 80-90 кг, 50 мг при МТ >90 кг - немедленно. Старше 75 лет 50% терапевтической дозы!

Фортелизин 15 мг в/в болюсно медленно.

При отсутствии выше указанных препаратов: актилизе в/в 1 мг/кг МТ (но не более 100 мг): болюс 15 мг; последующая инфузия 0,75 мг/кг МТ за 30 мин

(но не более 50 мг), затем 0,5 мг/кг (но не более 35 мг) за 60 мин (общая продолжительность инфузии 1,5 ч). При назначении через 6-12 ч с момента появления симптомов - 10 мг в/в струйно, затем в виде инфузии 50 мг в течение первых 60 мин и далее по 10 мг каждые 30 мин до общей дозы 100 мг за 3 ч. У пациентов с массой тела менее 65 кг общая доза не должна превышать 1,5 мг/кг.) или Пулолаза - в/в: болюс 2000000 МЕ и последующая инфузия 6000000 МЕ в течение 30-60 мин.

8. Симптоматическая терапия осложнений - нарушения ритма, кардиогенный шок, артериальная гипертензия и т. д. - до прибытия врачебной бригады.

9. При остановке кровообращения (асистолии, фибрилляции желудочков, электромеханической диссоциации) - проведение сердечно-легочной реанимации - немедленно.

10. Организация медицинской эвакуации пациента в специализированные медицинские организации, обеспечивающие проведение рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения при ОКСпСТ в соответствии с зонами ответственности (для проведения первичного чрескожного коронарного вмешательства) - 5 минут.

II. Рекомендуемый алгоритм действий на догоспитальном этапе при выявлении острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST (ОКСбпST) для бригад СМП

1. Осмотр больного, сбор анамнеза - 5 минут.
2. Регистрация ЭКГ - 5 минут.
3. Установление предварительного диагноза - 3 минуты.
4. Купирование болевого синдрома (при неэффективности сублингвального приема нитратов - наркотические анальгетики внутривенно; препарат выбора - морфин) - немедленно.
5. Прием дезагрегантов (ацетилсалициловая кислота - 250 мг разжевать, клопидогрель 300 мг перорально) - немедленно.
6. Введение антикоагулянтов (нефракционированный гепарин 5000 ед. либо низкомолекулярный гепарин в расчете на массу тела внутривенно, либо 2,5 мг фондапаринукса подкожно) - немедленно.
7. Симптоматическая терапия осложнений - нарушения ритма, артериальная гипертензия и т.д. - до госпитализации в стационар.
8. Организация медицинской эвакуации пациента на кардиологические койки первичных сосудистых отделений (ПСО) и региональных сосудистых центров (РССЦ № 1, № 2) в соответствии с зонами ответственности и маршрутами госпитализации (согласно приложениям № 1, № 2, № 4 к настоящему приказу) для планирования и проведения в дальнейшем отсроченного чрескожного коронарного вмешательства при ОКС бпST.

III. Рекомендуемый алгоритм действий врача поликлиники при выявлении острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST ОКСпST)

1. Осмотр больного, сбор анамнеза - 5 минут.
2. Регистрация ЭКГ - 5 минут.

3. Установление предварительного диагноза – 3 минуты.
4. Купирование болевого синдрома - немедленно:
наркотические анальгетики внутривенно медленно дробно (препарат выбора - морфин в дозе 2-4 мг+ 2-8 мг каждые 5-15 минут или 4-8 мг + 2 мг каждые 5 минут или по 3-5 мг до купирования боли);
нитроглицерин внутривенно капельно в дозе 10-200 мкг/мин (критерий эффективности - снижение САД на 10-15%);
при отсутствии возможности капельного введения нитратов - нитроглицерин сублингвально в дозе 0,4 мг или нитроглицериновый спрей.
5. Вызов врачебной бригады СМП для проведения медицинской эвакуации.
6. Деагреганты (ацетилсалициловая кислота - 250 мг разжевать).
7. Возможно применение других антиагрегантов (таблетки клопидогрель 300 мг или таблетки тикагрелор 180 мг внутрь) - немедленно.
8. Антикоагулянты (низкомолекулярный гепарин из расчета 1 мг/кг массы тела, или нефракционированный гепарин 60 ЕД/кг, максимально 4000 ЕД внутривенно) - немедленно.
9. Симптоматическая терапия осложнений - нарушения сердечного ритма, кардиогенный шок, артериальная гипертензия и т. д. - до прибытия бригады СМП.
10. При остановке кровообращения (асистолии, фибрилляции желудочков, электромеханической диссоциации) - проведение сердечно-легочной реанимации – немедленно.
11. Организация медицинской эвакуации пациента в специализированные медицинские организации, обеспечивающие проведение рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения при ОКСпST в соответствии с зонами ответственности (для проведения первичного ЧКВ) - 5 минут.

IV. Рекомендуемый алгоритм действий врача (фельдшера) СМП при выявлении острого нарушения мозгового кровообращения

1. Скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь, пациентам с ОНМК оказывается выездными врачебными или фельдшерскими бригадами скорой медицинской помощи, в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» и от 05.07.2016 № 466н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром нарушении мозгового кровообращения».
2. Бригада скорой медицинской помощи при выявлении острого нарушения мозгового кровообращения должна:
оценить уровень сознания;
при ясном сознании оценить неврологический дефицит по шкале LAMS (Лос-Анджелесская шкала моторного дефицита);
уточнить время начала заболевания.
3. Проведение других диагностических или лечебных мероприятий не должно задерживать транспортировку пациента в стационар.

Медицинская эвакуация пациента с признаками ОНМК производится первой бригадой, прибывшей на вызов.

4. Бригада скорой медицинской помощи во время транспортировки: обеспечивает коррекцию жизненно важных функций;

транспортирует в правильном положении - пациент с любой степенью тяжести транспортируется в положении лежа, с приподнятым на 30 градусов изголовьем носилок;

предварительно устно оповещает медицинскую организацию о поступлении пациента с признаками ОНМК, с указанием приблизительного времени поступления.

5. При выявлении пациента, имеющего сумму баллов LAMS > 4 и сроки начала заболевания < 4 часов, в обязательном порядке сообщать заведующему отделением ОНМК ГУЗ «ОКБ» в рабочее время по телефону +79063075802 для оценки возможности проведения рентгенхирургических методов диагностики и лечения.

V. Шкала догоспитальной оценки тяжести инсульта (LAMS)

1. 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.

2. 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.

3. Сжатие 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).

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

1. Всем пациентам, поступающих в терапевтическое окно, при инфарктах мозга проводится тромболитическая терапия (при отсутствии противопоказаний).

2. При поступлении любого пациента с ОНМК в ПСО/РСЦ при наличии показаний, проводится КТ-ангиография.

2.1. Показание для КТ-ангиографии определяет врач-невролог при наличии всех нижеперечисленных пунктов:

личность больного установлена. Возраст больного >18 лет;

преморбидный уровень независимости в повседневной жизни по шкале Рэнкин 2 балла;

тяжесть больного по шкале NIHSS <25 баллов, а также в случае NIHSS 5 баллов при явной инвалидизирующей симптоматике с учётом профессии и образа жизни больного;

по данным КТ головного мозга не исключается ОНМК по ишемическому типу в каротидном бассейне. Ожидаемый размер инфаркта по шкале ASPECTS >6 баллов. Признаков кровоизлияния нет;

отсутствие инсульта в бассейне поражённой артерии в предыдущие 6 недель;

с учетом транспортных и иных потерь возможность доставки больного в РСЦ для внутрисосудистой тромбэкстракции или тромбэмболектомии не позднее 6 часов (для случаев ОНМК в вертебробазиллярном бассейне 12 часов) от появления симптомов (в случаях, когда время появления симптомов неизвестно, временем начала ОНМК считается последний известный момент времени, когда у больного достоверно не было симптомов ОНМК);

противопоказания к применению контрастирующих веществ отсутствуют (при отсутствии в анамнезе данных о почечной недостаточности функция почек не исследуется).

2.2. Врач-невролог информирует больного (или его законного представителя) в письменном виде о целях КТ-ангиографии и возможности перевода в РСЦ. При невозможности взять информированное согласие на КТ-ангиографию решение принимает консилиумом врачей. Согласие на внутрисосудистую тромбэкстракцию или тромбэмболектомию на данном этапе не требуется.

2.3. КТ-ангиография выполняется по стандартной методике, принимая во внимание, что должна быть визуализирована анатомия сосудов от дуги аорты до свода черепа.

2.4. Проведение КТ-ангиографии не должно задерживать старт тромболитической терапии. При наличии показаний и отсутствии противопоказаний рекомендуется вводить тромболитик сразу после результатов КТ. Определение лабораторных показателей не должно препятствовать выполнению КТ-ангиографии и/или старту тромболитической терапии, если нет клинических данных подозревать противопоказания, исключаемые с помощью лабораторных тестов. КТ-ангиография выполняется после болюса

тромболитика и параллельно с введением остатка дозы препарата (если схема введения тромболитика предполагает последующую инфузию). Допускается введение тромболитика и рентгеноконтрастного вещества через переходник-разветвитель в один венозный доступ. В целях получения качественных ангиограмм диаметр венозной канюли должен быть не менее 18G (порт канюли с крышечкой зеленого цвета).

3. Далее врач-невролог ПСО определяет показания для обращения в РСЦ при наличии всех нижеперечисленных пунктов:

3.1 проведена КТ-ангиографии согласно вышеперечисленным показаниям и подтверждена окклюзия крупной артерии (ИА, СМА М1-М2, ПМА А1-А2, ОА, ПА, ЗМА Р1-Р2):

3.2 отсутствие противопоказаний для реперфузии:

а) некорректируемое АД >185/100 мм рт.ст.;

б) гликемия менее 2,8 и более 22,2 ммоль/л. При условии коррекции гликемии во временном диапазоне терапевтического окна выполнение внутрисосудистой тромбоэкстракции возможно;

в) лабораторные признаки расстройства свертывающей системы крови (количество тромбоцитов <40 x 10⁹/л, АЧТВ сек или МНО >3,0).

При выявлении показаний для обращения в РСЦ врач-невролог ПСО незамедлительно сообщает в РСЦ по телефону руководителя РСЦ № 1 +79378046099 следующую информацию о больном:

1) паспортные данные (фамилия, имя, отчество, возраст);

2) номер страхового полиса ОМС РФ или его эквивалент (для иностранных граждан);

3) дата и время начала заболевания. Преморбидный уровень независимости в повседневной жизни по шкале Рэнкин;

4) диагноз с указанием сегмента пораженной артерии и тяжести заболевания по шкале NIHSS;

5) уровень артериального давления. Сопутствующие острые состояния и хронические заболевания в стадии обострения или декомпенсации;

6) результаты лабораторных данных (уровень тромбоцитов, гликемии, АЧТВ, МНО).

4. В случае положительного решения о проведении внутрисосудистой тромбоэкстракции врач-невролог ПСО организует санитарную эвакуацию больного от себя в РСЦ, проводит предэвакуационную подготовку и оформляет сопроводительные документы. В историю болезни вносится заключение, в котором указана рекомендация о переводе. Оформление документов не должно задерживать перевод больного.

5. Санитарная эвакуация больного осуществляется силами службы скорой медицинской помощи и/или службой санитарной авиации в приоритетном порядке, в том числе с использованием авиатранспорта.

6. В случае отрицательного решения о проведении внутрисосудистой тромбоэкстракции врач-невролог ПСО проводит лечение больного согласно порядкам и стандартам оказания помощи пациентам с ОНМК. В историю болезни вносится заключение консилиума РСЦ, в котором указывается мотивированный отказ от проведения внутрисосудистой тромбоэкстракции.

**Примерные показания к госпитализации больных с ОКС
в региональные сосудистые центры
(для бригад скорой медицинской помощи)**

1. Больные с болевым синдромом и с подъемом сегмента ST на ЭКГ или впервые выявленной блокадой левой ножки п. Гиса, если тромболитическая терапия (ТЛТ) противопоказана или невыполнима в случае обеспечения доставки пациента в стационар в первые 24 часа от начала развития болевого синдрома.

2. Больные с болевым синдромом и с подъемом сегмента ST на ЭКГ, если проведенная ТЛТ неэффективна в случае обеспечения доставки пациента в лечебное учреждение в первые 24 часа от начала развития ОКС nST.

3. Больные с болевым синдромом и с подъемом сегмента ST на ЭКГ, если ТЛТ эффективна, для проведения чрескожных коронарных вмешательств в течение 24 ч.

4. Больные с рецидивирующим болевым синдромом при наличии депрессии ST больше 2 мм более чем в 2-х смежных отведениях.

5. Больные с впервые выявленной полной блокадой правой ножки пучка Гиса при наличии клинической симптоматики ОКС. Развитие данного симптомокомплекса должно маршрутизироваться аналогично ОКСnST и показания для выполнения коронароангиографии проводятся в соответствующие сроки. Выявление новой полной блокады правой ножки пучка Гиса не является показанием для проведения тромболитической терапии.

**Относительные противопоказания для проведения первичного
чрескожного коронарного вмешательства**

1. Декомпенсированная соматическая патология (терминальная почечная и печеночная недостаточность, признаки продолжающегося кровотечения).

2. Онкологические заболевания в стадии метастазирования (III-IV ст., подтвержденные документально).

3. Активные формы туберкулеза (подтвержденные документально).

4. Острые инфекционные процессы.

5. Психические заболевания с дефектом личности.

6. Кома неясного генеза.

При развитии ОКС на фоне перечисленных состояний, ограничивающих возможность использования высокотехнологичных методов лечения, требуются индивидуальное обсуждение и индивидуальное решение в каждом конкретном случае для решения вопроса о дальнейшей тактике.

**Организация медицинской эвакуации больных с острым
коронарным синдромом из первичных сосудистых отделений
в региональный сосудистый центр**

**I. Примерные показания для организации экстренной медицинской
эвакуации больных с ОКС из ПСО и специализированных отделений
в региональные сосудистые центры**

1. ОКСnST или впервые выявленная блокада левой ножки п. Гиса, если ТЛТ противопоказана или невыполнима в случае обеспечения доставки пациента в стационар в первые 24 часа от начала развития болевого синдрома;
2. ОКСnST, если проведенная ТЛТ неэффективна в случае обеспечения доставки пациента в РСЦ в первые 24 часа от начала развития ОКСnST;
3. ОКСbnST при рецидивирующем характере ангинозных болей при наличии депрессии сегмента ST > 2 мм более чем в двух смежных отведениях и/или положительного теста на тропонин;
4. ОКС, осложненный жизнеугрожающими нарушениями ритма и проводимости;
5. ОКСnST, если тромболитическая терапия эффективна для осуществления фармако-инвазивного подхода (коронарография должна быть выполнена в течение 24 часов от начала ТЛТ);
6. ОКСnST, осложненный отеком легких, кардиогенным шоком.

**II. Примерный выбор стратегии ведения пациентов
с ОКСbnST в соответствии с первоначальной стратификацией
риска неблагоприятного исхода**

1. Для стратификации риска неблагоприятного исхода и выбора дальнейшей стратегии ведения всем пациентам с ОКСbnST, поступивших в ПСО, рекомендуется осуществлять совокупную оценку анамнеза, клинических данных, ЭКГ, ЭхоКГ, результатов исследования уровня сердечного тропонина I или T в крови, функции почек (pСКФ), оценку риска госпитальной летальности по шкале GRACE.
2. Выбор дальнейшей стратегии ведения пациента с ОКСbnST проводится в соответствии с первоначальной стратификацией риска неблагоприятного исхода:
 - 2.1. при выявлении пациентов очень высокого риска неблагоприятного исхода:
 - нестабильность гемодинамики или кардиогенный шок;
 - продолжающаяся или повторяющаяся боль в грудной клетке, рефрактерная к медикаментозному лечению;
 - угрожающие жизни аритмии или остановка кровообращения;

механические осложнения острого инфаркта миокарда ((разрыв свободной стенки левого желудочка, разрыв межжелудочковой перегородки, разрыв папиллярных мышц или хорд створок митрального клапана);

острая сердечная недостаточность;

повторяющиеся динамические смещения сегмента ST или изменения зубца T, особенно с переходящим подъемом сегмента ST;

показана экстренная инвазивная стратегия (<2 часов);

2.2. при выявлении пациентов высокого риска неблагоприятного исхода:

подъем или снижение концентрации сердечного тропонина в крови, соответствующие критериям инфаркта миокарда;

динамические изменения сегмента ST-T (с симптомами или бессимптомные);

сумма баллов по шкале GRACE >140 баллов;

показана ранняя инвазивная стратегия (<24 часов).

2.3. При выявлении пациентов умеренного (промежуточного) риска неблагоприятного исхода:

сахарный диабет;

почечная недостаточность (рСКФ <60 мл/мин/1,73 м²);

ФВ ЛЖ < 40% или застойная сердечная недостаточность;

ранняя постинфарктная стенокардия;

предшествующие чрескожные коронарные вмешательства и операция коронарного шунтирования;

сумма баллов по шкале GRACE от 109 до 140 баллов;

показана инвазивная стратегия (<72 часов).

2.4. при выявлении пациентов низкого риска неблагоприятного исхода (отсутствие указанных выше критериев) проведение коронароангиографии показано после выявления ишемии миокарда при проведении нагрузочных тестов.

3. Перевод больных из первичных сосудистых отделений (ПСО) в региональные сосудистые центры (РЦЦ № 1, № 2) для проведения инвазивной стратегии лечения ОКСбпСТ осуществляется по согласованию с дежурным администратором круглосуточно по указанным телефонам (тел. дежурного администратора ГУЗ «ОККД» 8-987-350-37-00, круглосуточно, тел. дежурного администратора ГУЗ «ОКБ» 8(8452)49-15-04; 8(8452)49-15-44).

4. При выявлении у пациентов с ОКС, находящихся на лечении в ПСО, показаний для проведения экстренного АКШ решение о переводе в ГУЗ «ОККД» принимается дежурным кардиохирургом круглосуточно по тел. 8-987-321-00-57.

III. Относительные противопоказания для организации экстренной медицинской эвакуации больных с ОКС в стационар с возможностями проведения чрескожных коронарных вмешательств

1. Декомпенсированная соматическая патология (почечная и печеночная недостаточность, острый панкреатит, геморрагические заболевания, анемия средней и тяжелой степени, язвенные поражения

желудочно-кишечного тракта в стадии обострения, признаки продолжающегося кровотечения, хроническая сердечная недостаточность 3 стадии);

2. Онкологические заболевания в стадии метастазирования (III-IV ст., подтвержденная документально);

3. Активные формы туберкулеза;

4. Острые инфекционные процессы;

5. Психические заболевания с дефектом личности;

6. Деменция;

7. Кома;

8. Отказ от лечения (проведение коронароангиографии и чрескожного коронарного вмешательства).

IV. Ограничения (противопоказания) для организации экстренной медицинской эвакуации больных с ОКС в стационар с возможностями проведения чрескожных коронарных вмешательств

При развитии ОКС на фоне перечисленных состояний, ограничивающих возможность использования высокотехнологичных методов лечения, требуются индивидуальное обсуждение и индивидуальное решение в каждом конкретном случае. Пациент должен быть проконсультирован ответственным врачом-кардиологом РСЦ для решения вопроса о дальнейшей тактике по телефону (8-987-350-37-00): перевод в РСЦ, перевод для консервативного лечения в ПСО/отделение кардиологии медицинской организации или продолжение лечения в отделении.

**Регламент взаимодействия медицинских организаций,
участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ОНМК
(включая межтерриториальное взаимодействие
с государственными учреждениями здравоохранения регионального и
федерального уровней) при оказании медицинской
помощи пациентам с ОНМК, требующим проведения
нейрохирургического, сосудисто-хирургического вмешательства**

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

2. В стационарах, имеющих в своей структуре ПСО, нейрохирургическую службу и возможность проведения оперативного вмешательства по удалению внутримозговых гематом (ГУЗ «СГКБ № 6 имени академика В.Н. Кошелева», ГУЗ «СГКБ № 1 им.Ю.Я.Гордеева», ГУЗ СО «БГКБ», ГУЗ СО «Балашовская РБ») данный вид медицинской помощи оказывается самостоятельно.

3. При выявлении геморрагического инсульта по данным КТ или МРТ головного мозга в стационаре, не имеющем в структуре нейрохирургической службы, организовать консультацию врача-нейрохирурга по телефонам 8(845-2) 49-15-04, 8(845-2)49-15-44 отделения санитарной авиации ГУЗ «Областная клиническая больница».

Заключение врача-нейрохирурга вносится в медицинскую документацию больного с указанием Ф.И.О. врача-консультанта.

При необходимости оформления телемедицинской консультации медицинские работники учреждения, где находится пациент, организуют связь с областным центром телемедицины ГУЗ «ОКБ» по телефону 8(845-2)49-16-33 в рабочие дни с 8.00 до 16.00.

4. При отсутствии показаний к оперативному лечению пациент продолжает лечение в ПСО, где выявлен геморрагический инсульт.

5. Разбор сложных, клинически неясных случаев для определения дальнейшей тактики ведения и лечения пациентов проводится с участием медицинских работников федеральных медицинских центров и/или национальными медицинскими исследовательскими центрами (далее – НМИЦ). По результатам проведения консультации (консилиума врачей) консультант оформляет медицинское заключение и рекомендации в РИСЗ ТО путем заполнения соответствующих полей протокола ТМК. В случае если ТМК происходила с федеральной медицинской организацией или НМИЦ, поля протокола ТМК «Рекомендации» и «Заключение» заполняются строго в соответствии с полученной от консультирующего учреждения документацией. По итогам консультации консилиумом врачей принимается решение о тактике лечения.

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

Медицинские организации, оказывающие нейрохирургическую помощь	Прикрепленные ПСО
ГУЗ СО «БГКБ» (ПСО № 1)	ПСО № 6 (ГУЗ СО «Вольская РБ») ПСО № 9 (ГУЗ СО «Пугачевская РБ») ПСО № 7 (ЧУЗ «РЖД-Медицина» г. Ершов)
ГУЗ «ОКБ» (РСЦ № 1)	ПСО № 13 (ГУЗ «СГКБ № 9») ПСО № 4 (ГУЗ «ОККД») ПСО № 2 (ГАУЗ «ЭГБ № 2») ПСО № 10 (ГУЗ СО «Ртищевская РБ») ПСО № 8 (ГУЗ СО «Петровская РБ»)

**Критерии отбора жителей с наиболее вероятным наличием
атеросклеротического поражения брахиоцефальных сосудов
для проведения вторичной хирургической профилактики
острого нарушения мозгового кровообращения**

1. Пациенты с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей, ишемической болезнью сердца или аневризмой аорты.
2. Пациенты с аускультативно выслушиваемым шумом над сонными артериями.
3. Пациенты с асимметрией артериального давления на верхних конечностях более 15 мм.рт.ст.
4. Пациенты, старше 50 лет у которых имеются два или более факторов риска:
 - артериальная гипертензия;
 - гиперлипидемия;
 - курение;
 - семейный анамнез среди ближайших родственников со случаями проявления атеросклероза в возрасте до 60 лет или случаев ишемического инсульта.

**Маршрутизация пациентов после ДС ЦДК
брахиоцефальных артерий на консультацию сосудистого хирурга**

Наименование медицинской организации	Прикрепленные муниципальные районы
ГУЗ «ОКБ» Областная поликлиника, ул. Рабочая 145/155, каб. 316 будние дни с 11.00 до 13.00 ответственное лицо: заведующий консультативным отделением № 2 тел.8(8452)49-17-37	Все районы, кроме г. Саратов
ГУЗ «СГКБ № 1 им.Ю.Я.Гордеева» приемное отделение, ул. Хользунова, д. 19, каб. 11 вторник с 15.00 до 16.00 четверг с 15.00 до 16.00 ответственное лицо:- заведующий сосудистым отделением № 2 тел. 8 917 327 77 94	г. Саратов

Главным врачам медицинских организаций, на базе которых функционируют ПСО для больных с ОНМК осуществлять консультации в Региональном сосудистом центре № 1 врачами отделения сосудистой хирургии № 2 всех пациентов с выявленным стенозом брахиоцефальных артерий 70% и более с помощью телемедицинских технологий.

Приложение № 14 к приказу министерства
здравоохранения Саратовской области
от 24.05.2023 года № 59-п

**Регистр пациентов с выявленным стенозом
брахиоцефальных артерий 70% и более**

ФИО	Место жительства	Дата рождения	Контактные данные	Диагноз	Показания к операции Да/Нет	Исход операции

Ежемесячный мониторинг по оперативной активности

Каротидная эндартерэктомия				ЭИКМА	
симптомная		асимптомная		план	факт
план	факт	план	факт		

Примерные порядок проведения и протокол заседания кардиоконсилиума в ГУЗ «ОККД»

I. Примерный порядок проведения кардиоконсилиума

1. Кардиоконсилиум проводится в режиме ВКС посредством системы TrueConf МИАЦ (точка подключения ГУЗ «ОККД»).

2. На консилиум представляются все пациенты, у которых при проведении коронароангиографии выявлено поражение одной или более артерий со стенозом равным и/или более 60%.

3. Накануне проведения кардиоконсилиума строго до 13:00 в ГУЗ «ОККД» передается «Протокол заседания кардиологического консилиума» в формате Word, эпикриз на кардиоконсилиум (включающий в себя: паспортные данные пациента с указанием контактных телефонов, которые отражены в первичной медицинской документации (история болезни стационарного больного), настоящее состояние пациента, данные анамнеза, клинического осмотра и результаты инструментальных обследований (ЭКГ, Ro, ЭХО-КГ, КТ, КГ и др.) и ссылка на запись коронароангиографии по защищенном каналу Vip-net (АП 1).

4. Лечащий врач предоставляет данные пациента, которые отражены в первичной медицинской документации (медицинская карта стационарного больного). Обязательно докладывается о настоящем состоянии пациента, сообщаются данные анамнеза, клинического осмотра и демонстрируются результаты инструментальных обследований (ЭКГ, Ro, ЭХО-КГ, КТ, КГ и др.).

5. Заключение кардиоконсилиума из ГУЗ «ОККД» предоставляется в медицинскую организацию по защищенном каналу Vip-net на следующий рабочий день.

6. Заключение кардиоконсилиума вносится в историю болезни пациента и выписной эпикриз.

II. Примерный протокол заседания кардиологического консилиума

ФИО __дата рождения, возраст__

Адрес регистрации и тел. __

Отделение _____ № И/Б _____

Лечащий врач _____

Состав консилиума:

Секретарь: _____

Основной диагноз МКБ-10 _____

Фон _____

Осложнения _____

Значимая сопутствующая патология _____

Рост/вес/ИМТ ___/___/___

Анамнез и данные обследования: 1) классификация стенокардии CCS: бессимптомная, I-II фк, III-IV фк., 2) ИМ в анамнезе: дата _____, локализация ___; 3) антиишемическая медикаментозная терапия: не проводится, минимальная, максимальная; 4) перенесенные операции (какая, дата) ___; 5) ФВ ЛЖ ___%; Р ла ___ мм.Нг; клапанная патология __, аневризма ЛЖ _____; 6) отклонения лабораторных показателей ___; 7) иное _____

Показания для проведения КАГ: 1) Клиника стенокардии; 2) ЭКГ-документированная ишемия миокарда; 3) перенесенный ИМ; 4) Данные суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру; 5) данные КТ-КГ; 6) Обязательное обследование при ВПС, ППС, нарушениях ритма; 7) контрольное обследование после стентирования/АКШ; 8) Иное (уточнить) _____

Результат КАГ (№ исследования _____, дата _____): стеноз ствола ЛКА ___%, 1-2-3-х сосудистое поражение; проксимальный стеноз ПМЖА; дистальный кровоток удовлет./не удовл; выраженный кальциноз; без патологии; отсутствие гемодинамически значимых стенозов; другое (указать) _____

Предложения по тактике: коронарная реваскуляризация показана / непоказана; хирургическое лечение некоронарной патологии показано / не показано; вид вмешательства _____

Принятое решение:

1. Хирургическое лечение не показано. Рекомендовано: наблюдение кардиолога и консервативная терапия по месту жительства, контрольное обследование/консультация в ГУЗ «ОККД» через _____ месяцев.

2. Показано хирургическое лечение в ГУЗ «ОККД» (код ВМП 14.00. _____, название операции _____, ориентировочные сроки _____.)

3. Показана консультация / хирургическое лечение в ФЦ ССХ _____ (код ВМП 14.00. _____, название операции _____.)

4. Показано дообследование _____

Отметка о реализации решения _____

Подписи членов консилиума:

Примерный регламент оказания медицинской реабилитации пациентам с ОКС

Первый этап медицинской реабилитации осуществляется в структурных подразделениях медицинской организации, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях - ГУЗ «ОКБ», ГУЗ «ОККД».

Мероприятия на первом этапе по медицинской реабилитации начинаются в острейший (до 72 часов) и острый периоды течения заболевания, при неотложных состояниях, состояниях после оперативных вмешательств (в раннем послеоперационном периоде), хронических критических состояниях и осуществляются ежедневно, продолжительностью не менее 1 часа, но не более 3 часов.

Второй этап медицинской реабилитации осуществляется в стационарных условиях в отделении медицинской реабилитации пациентов ГУЗ «ОККД», ГУЗ «СГКБ № 10», АО « Октябрьское ущелье», ГУЗ «СОКГВВ».

Мероприятия на втором этапе по медицинской реабилитации начинаются в острый и ранний восстановительный периоды течения заболевания и период остаточных явлений течения заболевания и осуществляются ежедневно, продолжительностью не менее 3 часов.

Третий этап медицинской реабилитации осуществляется при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара (амбулаторное отделение медицинской реабилитации, дневной стационар медицинской реабилитации), в соответствии с имеющейся лицензией на медицинскую реабилитацию, в том числе в санаторно-курортных организациях.

Перевод на следующий этап осуществляется в зависимости от показателя ШРМ. Пациенты с показателем ШРМ 4 балла и более получают реабилитацию в круглосуточном отделении медицинской реабилитации - 2 этап.

Пациенты с показателем ШРМ 3 балла получают реабилитацию в условиях дневного стационара, по социальным показаниям в условиях круглосуточного стационара 2 этапа (удаленность проживания от дневного стационара реабилитации (с учетом шаговой доступности, превышающей 60 минут и/или имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий).

Пациенты с показателем ШРМ 2 балла получают медицинскую реабилитацию в условиях амбулаторного отделения реабилитации. Пациенты с показателем ШРМ 0-1 балл в реабилитации не нуждаются и получают лечение в физиотерапевтических отделениях по месту жительства.

Реабилитация оказывается на всех этапах мультидисциплинарной командой.

**Алгоритм ведения пациентов
при выявлении показаний к экстренному кардиохирургическому
вмешательству, в том числе АКШ**

При развитии ОКСПСТ у пациентов, с невозможностью выполнения чрескожного коронарного вмешательства, требуется индивидуальное обсуждение вариантов реваскуляризации миокарда и индивидуальное решение в каждом конкретном случае и согласование с врачом – специалистом ГУЗ «ОККД»

круглосуточно: +7 987-350-37-00; +7 987-321-00-57.

Примерный регламент оказания медицинской реабилитации пациентам с ОНМК

1. Медицинская реабилитация осуществляется в следующих условиях:
амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);

стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);

в дневном стационаре (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

2. Медицинская реабилитация осуществляется в три этапа мультидисциплинарной реабилитационной командой (далее – МДРК), которая осуществляет:

оценку реабилитационного статуса пациента и его динамику;

установление реабилитационного диагноза и его изменение в процессе проведения мероприятий по медицинской реабилитации;

оценку реабилитационного потенциала;

формирование цели и задач проведения реабилитационных мероприятий;

оценку факторов риска проведения реабилитационных мероприятий;

формирование и реализацию индивидуального плана медицинской реабилитации (далее - ИПМР);

оценку эффективности реализованных в рамках ИПМР реабилитационных мероприятий;

составление заключения (реабилитационного эпикриза).

3. Первый этап медицинской реабилитации осуществляется в структурных подразделениях медицинской организации, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях по профилям: «анестезиология и реаниматология», «неврология», «нейрохирургия» ГУЗ «ОКБ», ГАУЗ «ЭГБ № 2», ГУЗ СО «БГКБ», ЧУЗ «РЖД–Медицина» г. Ершов».

Мероприятия на первом этапе по медицинской реабилитации начинаются в острейший (до 72 часов) и острый периоды течения заболевания, при неотложных состояниях, состояниях после оперативных вмешательств (в раннем послеоперационном периоде), хронических критических состояниях и осуществляются ежедневно, продолжительностью не менее 1 часа, но не более 3 часов.

4. Второй этап медицинской реабилитации осуществляется в стационарных условиях в отделении медицинской реабилитации пациентов с нарушениями функции центральной нервной системы, отделении медицинской реабилитации пациентов с соматическими заболеваниями, созданных в медицинских организациях, санаторно-курортных организациях ГУЗ «СГКБ № 10», ГАУЗ «ЭГБ № 2», ГУЗ СО «БГКБ», ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» города Саратов», ГУЗ «ОККД».

Медицинская реабилитация на втором этапе осуществляется по направлению лечащего врача медицинской организации, осуществляющего медицинскую реабилитацию на первом этапе, либо по направлению врача-терапевта, врача общей практики, врача-специалиста.

Мероприятия на втором этапе по медицинской реабилитации начинаются в острый и ранний восстановительный периоды течения заболевания или травмы и период остаточных явлений течения заболевания и осуществляются ежедневно, продолжительностью не менее 3 часов.

При выписке из стационара пациенту выдается документ (выписка из медицинской карты стационарного больного), в которой указывается реабилитационный диагноз, сведения о реабилитационном потенциале, ИПМР, факторы риска проведения реабилитационных мероприятий, следующий этап реабилитации с учетом показателей по шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ).

5. Третий этап медицинской реабилитации осуществляется при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара (амбулаторное отделение медицинской реабилитации, дневной стационар медицинской реабилитации), в соответствии с имеющейся лицензией на медицинскую реабилитацию, в том числе в санаторно-курортных организациях.

Медицинская реабилитация на третьем этапе осуществляется по направлению врача-терапевта, врача общей практики, врача-специалиста, либо по направлению лечащего врача медицинской организации, осуществляющего медицинскую реабилитацию на первом и (или) втором этапе.

Мероприятия по медицинской реабилитации на третьем этапе осуществляются не реже, чем один раз каждые 48 часов, продолжительностью не менее 3 часов.