



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

ПРИКАЗ

21.10.2025

№ 908

Саранск

Об организации маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Республике Мордовия

Во исполнение контрольной точки «Утверждены актуализированные нормативно-правовые акты субъектов Российской Федерации, отражающие единую маршрутизацию пациентов с сердечнососудистыми заболеваниями, включая все этапы наблюдения за пациентами от ФАПа (поликлиники) до федерального учреждения, оказывающего помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями» результата «В субъектах Российской Федерации организована маршрутизация пациентов с сердечнососудистыми заболеваниями на основании профильных порядков оказания медицинской помощи с учетом клинических рекомендаций и обеспечения территориальной доступности медицинской помощи», в рамках реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», национального проекта «Продолжительная и активная жизнь»,
П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить прилагаемые Методические рекомендации «Региональный порядок маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Республике Мордовия».

2. Руководителям медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Мордовия, обеспечить организацию оказания медицинской помощи пациентам с сердечнососудистыми заболеваниями в соответствии с Методическими рекомендациями «Региональный порядок маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Республике Мордовия», утвержденными настоящим приказом.

Министр

О.В. Маркин

Утверждены
приказом Министерства здравоохранения
Республики Мордовия
от «21» 10 2025 г. № 908
Министр _____



Методические рекомендации
«Региональный порядок маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми
заболеваниями в Республике Мордовия»

2025 г.

I. НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ № 323-ФЗ);

2. Постановление Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2024 г. № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»;

3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 апреля 2025 г. № 169н «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения»;

4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 г. № 185н «Об утверждении положения об организации специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»;

5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 г. № 186н «Об утверждении порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения»;

6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 г. № 193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»;

7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 г. № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;

8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 г. № 205н «Об утверждении Правил проведения функциональных исследований»;

9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 апреля 2025 г. № 208н/243н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья»;

10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 апреля 2025 г. № 261н «Об утверждении Порядка проведения патолого-анатомических вскрытий и унифицированных форм медицинской документации, используемых при проведении патолого-анатомических вскрытий»;

11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;

12. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения

профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

13. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18 мая 2021 г. № 464н «Об утверждении Правил проведения лабораторных исследований»;

14. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 августа 2021 г. № 866н «Об утверждении классификатора работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность»;

15. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 июня 2020 г. № 557н «Об утверждении Правил проведения ультразвуковых исследований»;

16. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 июня 2020 г. № 560н «Об утверждении Правил проведения рентгенологических исследований»;

17. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых»;

18. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»;

19. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 декабря 2020 г. № 1363н «Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования»;

20. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 г. № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

21. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 ноября 2017 г. № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»;

22. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2017 г. № 974н «Об утверждении Правил проведения эндоскопических исследований»;

23. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»;

24. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями»;

25. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 919н «Об утверждении порядка оказания медицинской

помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология»;

26. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю терапия»;

27. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н «Об утверждении порядка оказания медпомощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы»;

28. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения»;

29. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 931н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»;

30. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 октября 2005 г. № 617 «О Порядке направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний»;

31. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 февраля 2025 г. № 31-2/И/2-2286 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025-2027 годы»;

32. Распоряжение Правительства Республики Мордовия от 25 июня 2025 г. № 424-Р об утверждении Региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»;

33. Приказ Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 16 февраля 2024 г. № 265 «Об организации оказания медицинской помощи взрослым пациентам с сердечной недостаточностью на территории Республики Мордовия»;

34. Приказ Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 23 января 2023 г. № 70 «Об организации работы по снижению заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в г.о. Саранск»;

35. Приказ Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 26 января 2023 г. № 84 «О порядке направления пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями для проведения планового коронароангиографического исследования в профильных отделениях медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Мордовия»;

36. Приказ Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 4 февраля 2020 г. № 104 «Об открытии Регионального сосудистого центра № 2 на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница»;

37. Приказ Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 4 февраля 2020 г. № 105 «Об организации работы по снижению заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний»;

38. Приказ Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 29 мая 2020 г. № 635 «Об организации обеспечения лекарственными препаратами в амбулаторных условиях лиц, перенесших отдельные сердечно-сосудистые заболевания»;

39. Приказ Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 30 декабря 2020 г. № 1820 «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

40. Приказ Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 29 марта 2019 г. № 296 «О проведении организационных мероприятий по организации Регионального сосудистого центра на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница»;

41. Приказ Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 26 ноября 2019 г. № 1446 «Об организации работы по снижению заболеваемости и смертности от острого инфаркта миокарда и кардиоэмболических инсультов и организации работы школы антикоагулянтной терапии»;

42. Приказ Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 9 июня 2013 г. № 1053 «О создании первичного сосудистого отделения на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская центральная районная больница»;

43. Приказ Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 19 июня 2009 г. № 324 «О создании Регионального сосудистого центра на базе МУЗ «Городская клиническая больница № 4»;

44. Приказ Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 19 июня 2009 г. № 325 «О создании первичного сосудистого отделения на базе МУЗ Республики Мордовия «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»;

45. Приказ Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 19 июня 2009 г. № 326 «О создании первичного сосудистого отделения на базе МУЗ «Краснослободская центральная районная больница»;

46. Приказ Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 19 июня 2009 г. № 327 «О создании первичного сосудистого отделения на базе МУЗ «Комсомольская центральная районная больница Чамзинского муниципального района».

II. ОБЩАЯ ЧАСТЬ РЕГИОНАЛЬНОГО ПОРЯДКА МАРШРУТИЗАЦИИ

2.1.

Перечень медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Мордовия (далее – МО), оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями (далее – ССЗ) в амбулаторных условиях

Таблица 1

Наименование МО	Фактический адрес	Зоны ответственности	Профиль помощи (кардиология/ неврология/ ССХ)
МО, оказывающие консультативную помощь по профилю и осуществляющие диспансерное наблюдение			
ГБУЗ Республики Мордовия «Комсомольская ЦРБ»	Республика Мордовия, р.п. Комсомольский, ул. Пионерская, д. 3	Чамзинский район, Большеберезниковский район	кардиология неврология
ГБУЗ Республики Мордовия «Ковылкинская ЦРБ»	Республика Мордовия, г. Ковылкино, ул. Гагарина, д. 33	Ковылкинский район, Кадошкинский район	кардиология неврология
ГБУЗ Республики Мордовия «Теньгушевская РБ»	Республика Мордовия, с. Теньгушево, пер. Больничный, д.1, корп. 2	Теньгушевский район	кардиология неврология
ГБУЗ Республики Мордовия «Краснослободская ЦРБ»	Республика Мордовия, г. Краснослободск, ул. Кирова, д. 76	Краснослободский район, Ельниковский район	кардиология неврология
ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская ЦРБ»	Республика Мордовия, г. Рузаевка, ул. Маяковского, д. 90	Рузаевский район, Инсарский район	кардиология неврология
ГБУЗ Республики Мордовия «Ромодановская поликлиника им. В.С.	Республика Мордовия, п. Ромоданово, ул. Садовая, д. 19А	Ромодановский район	кардиология неврология

Наименование МО	Фактический адрес	Зоны ответственности	Профиль помощи (кардиология/ неврология/ ССХ)
Поросенкова»			
ГБУЗ Республики Мордовия «Зубо- во-Полянская РБ»	Республика Мор- довия, р.п. Зубо- ва Поляна, ул. Советская, д. 50	Зубово-Полянский район	кардиология неврология
ГБУЗ Республики Мордовия «Старо- шайговская рай- онная больница им. Н.К. Якомас- кина»	Республика Мор- довия, с. Старое Шайгово, ул. Больничная, д. 60	Старошайговский район	кардиология
ГБУЗ Республики Мордовия «Тем- никовская ЦРБ им. А.И. Рудяв- ского	Республика Мор- довия, г. Темни- ков, ул. Октябрь- ская, д. 13	Темниковский район	кардиология
ГБУЗ Республики Мордовия «Рес- публиканский ге- риатрический центр»	Республика Мор- довия, г.Саранск, проспект Ленина, д. 31	г.о. Саранск	кардиология неврология
ГБУЗ Республики Мордовия «Рес- публиканская кли- ническая боль- ница №1»	Республика Мор- довия, г.Саранск, ул. Льва Тол- стого, д. 57	г.о. Саранск	кардиология неврология
ГБУЗ Республики Мордовия «Поли- клиника №2»	Республика Мор- довия, г.Саранск, проспект 60 лет Октября, д. 6	г.о. Саранск, Лямбирский район	кардиология неврология
ГБУЗ Республики Мордовия «Поли- клиника №4»	Республика Мор- довия, г.Саранск, ул. Ульянова, д. 30А	г.о. Саранск	кардиология неврология
ГБУЗ Республики Мордовия «Рес- публиканская кли- ническая боль- ница №5»	Республика Мор- довия, г. Саранск ул. Косарева, д. 116а	г.о. Саранск, Кочкуровский район, Лямбирский район	кардиология неврология

Наименование МО	Фактический адрес	Зоны ответственности	Профиль помощи (кардиология/ неврология/ ССХ)
ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница им. С.В. Каткова»	Республика Мордовия, г.Саранск, ул. Коммунистическая, д. 64	г.о. Саранск	кардиология неврология
МО, оказывающие только консультативную помощь по профилю			
ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница»	Республика Мордовия, г.Саранск, ул. Победы, д. 14	Пациенты из всех муниципальных образований Республики Мордовия	кардиология неврология ССХ

Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь пациентам с ССЗ

Таблица 2

Наименование медицинской организации	Зона ответственности
ГБУЗ Республики Мордовия «Ардатовская РБ»	Ардатовский район
ГБУЗ Республики Мордовия «Атяшевская РБ»	Атяшевский район
ГБУЗ Республики Мордовия «Комсомольская ЦРБ»	Большеберезниковский район
ГБУЗ Республики Мордовия «Дубенская РБ»	Дубенский район
ГБУЗ Республики Мордовия «Зубово-Полянская РБ»	Зубово-Полянский район
ГБУЗ Республики Мордовия «Ичалковская ЦРБ имени А.В. Парамоновой»	Ичалковский, Большеигнатовский районы
ГБУЗ Республики Мордовия «Ковылкинская ЦРБ»	Ковылкинский, Кадошкинский районы
ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская больница №5»	Кочкуровский район

Наименование медицинской организации	Зона ответственности
ГБУЗ Республики Мордовия «Краснослободская ЦРБ»	Краснослободский, Ельниковский районы
ГБУЗ Республики Мордовия «Поликлиника №2»	Лямбирский район, г.о. Саранск
ГБУЗ Республики Мордовия «Ромодановская поликлиника им. В.С. Поросенкова»	Ромодановский район
ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская ЦРБ»	Рузаевский, Инсарский районы
ГБУЗ Республики Мордовия «Старошайговская ЦРБ им. Н.К. Якомаскина»	Старошайговский район
ГБУЗ Республики Мордовия «Темниковая РБ им. А.И. Рудяковского»	Темниковский район
ГБУЗ Республики Мордовия «Теньгушевская РБ»	Теньгушевский район
ГБУЗ Республики Мордовия «Торбеевская ЦРБ»	Торбеевский, Атюрьевский районы
ГБУЗ Республики Мордовия «Комсомольская ЦРБ»	Чамзинский район
ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница»	Пациенты из всех муниципальных образований Республики
ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская больница им. С.В. Каткова», ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская больница №4», ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №5», и ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская больница №1», ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканский гериатрический центр», ГБУЗ Республики Мордовия «Поликлиника №2», ГБУЗ Республики Мордовия «Поликлиника №4»	г.о. Саранск

**Перечень лиц, ответственных за реализацию Регионального
порядка маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми
заболеваниями в Республике Мордовия**

1. Министр здравоохранения Республики Мордовия – Маркин Олег Валентинович;
2. Первый заместитель Министра здравоохранения Республики Мордовия – Степанова Елена Александровна;
3. Главный внештатный специалист кардиолог Министерства Здравоохранения Республики Мордовия – Маркиянова Светлана Сергеевна;
4. Главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Министерства здравоохранения Республики Мордовия – Честнова Елена Викторовна;
5. Главный внештатный специалист невролог Министерства здравоохранения Республики Мордовия – Карасев Александр Анатольевич;
6. Главный внештатный специалист сердечно-сосудистый хирург Министерства здравоохранения Республики Мордовия – Карпунькин Олег Александрович;
7. Главный внештатный специалист по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению Министерства здравоохранения Республики Мордовия – Ошеров Дмитрий Ильич;
8. Главный внештатный специалист аритмолог Министерства здравоохранения Республики Мордовия – Васюнина Тамара Станиславовна;
9. Главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Мордовия – Свешников Константин Анатольевич;
10. Главный внештатный специалист по медицинской реабилитации Министерства здравоохранения Республики Мордовия – Аширов Ренат Рафаилович;
11. Главный внештатный специалист по медицинской профилактике Министерства здравоохранения Республики Мордовия – Ямашкина Екатерина Ивановна;
12. Главный внештатный специалист по анестезиологии-реаниматологии Министерства здравоохранения Республики Мордовия – Бычков Дмитрий Александрович
13. Руководители МО, оказывающие медицинскую помощь пациентам с ССЗ.

**Механизм контроля за соблюдением Регионального порядка
маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями
в Республике Мордовия**

1. Выезды Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Мордовия после получения счетов реестров на оплату.

2. Выезды мультидисциплинарных бригад штатных специалистов Министерства здравоохранения Республики Мордовия и главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Республики Мордовия.

3. Выезды специалистов кардиологов кардиологического кабинета ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница».

В соответствии с территориальной программой Республиканской территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Республики Мордовия медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, утвержденной постановлением Правительства Республики Мордовия от 5 февраля 2025 г. № 73:

сроки ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме не должны превышать 2 часа с момента обращения пациента в медицинскую организацию. Для оказания специализированной медицинской помощи в неотложной форме пациент доставляется в медицинскую организацию, оказывающую необходимой вид медицинской помощи согласно Регламенту по нозологии и зонам ответственности;

сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи, в том числе для лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, не должны превышать 14 рабочих дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию. Для оказания специализированной медицинской помощи в экстренной форме пациент доставляется в медицинскую организацию, оказывающую необходимой вид медицинской помощи согласно Регламенту по нозологии и зонам ответственности;

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

В медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, ведется лист ожидания специализированной медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, и осуществляется информирование граждан в доступной форме, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», о сроках ожидания оказания специализированной медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации в области персональных данных.

2.2. Направление пациентов с подозрением на наличие или установленным сердечно-сосудистым заболеванием к врачу-специалисту в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи.

При наличии показаний врачами терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-терапевтами участковыми цехового врачебного участка, врачами-специалистами, средними медицинскими работниками пациент с подозрением на наличие

или с установленным ССЗ направляется к врачу-специалисту (врачу-кардиологу, врачу-неврологу, врачу ССХ). В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», при отсутствии медицинских показаний к оказанию медицинской помощи в стационарных условиях пациента направляют в кардиологический кабинет МО для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами кардиологами, врачами-неврологами, врачами ССХ, врачами по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению.

В соответствии с территориальной программой Республиканской территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Республики Мордовия медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, утвержденной постановлением Правительства Республики Мордовия от 5 февраля 2025 г. № 73:

- 1) сроки проведения консультаций врачей-специалистов не должны превышать 14 рабочих дней со дня обращения пациента в МО;
- 2) сроки проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований не должны превышать 14 рабочих дней со дня назначения исследований.

Механизм контроля:

- 1) регулярный мониторинг специалистов Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Мордовия;
- 2) ежеквартальный аудит главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Республики Мордовия.

2.3. Постановка под диспансерное наблюдение после выявления сердечно-сосудистого заболевания

Диспансерное наблюдение (далее – ДН) и выбор медицинского работника, осуществляющего ДН, проводится в соответствии с порядком, утвержденном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

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

- 1) установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- 2) получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

Периодичность диспансерных приемов у врачей терапевтов составляет не реже 1-2 раз в год, у врачей кардиологов не реже 2 раз в год.

Охват диспансерным наблюдением лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями и инфекционными заболеваниями и лиц с

высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском должен составлять не менее 70%;

Охват диспансерным наблюдением лиц старше трудоспособного возраста, из числа подлежащих ему, должен составлять не менее 90%.

При осуществлении диспансерного наблюдения медицинский работник, уполномоченный руководителем медицинской организации, обеспечивает:

1) формирование списков лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в отчетном году, их поквартальное распределение;

2) информирование лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в текущем году, или их законных представителей о необходимости явки в целях диспансерного наблюдения;

Руководитель МО ежемесячно, не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным, организует обобщение и проводит анализ результатов диспансерного наблюдения за лицами, находящимися на медицинском обслуживании в медицинской организации.

2.4.

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

Таблица 3

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зоны ответственности	Форма оказания и профиль помощи (кардиология/неврология/ССХ)
ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница»	Республика Мордовия, г. Саранск, ул. Победы, д. 14	Пациенты из всех муниципальных образований Республики Мордовия	экстренная, неотложная, плановая кардиология, экстренная, неотложная, плановая неврология, экстренная, неотложная, плановая ССХ
ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница им. С.В. Каткова»	Республика Мордовия, г. Саранск, ул. Коммунистическая, д. 64	г.о. Саранск, Кочкуровский район, Лямбирский район, Ромодановский район,	экстренная, неотложная, плановая кардиология, экстренная, неотложная, плановая неврология

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зоны ответственности	Форма оказания и профиль помощи (кардиология/неврология/ССХ)
		Старошайговский район, Большеберезниковский район, Ичалковский район, Большеигнатовский район	
ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4»	РМ, г. Саранск, ул. Ульянова, 32а	г.о. Саранск, Кочкуровский район, Лямбирский район, Ромодановский район, Старошайговский район, Большеберезниковский район, Ичалковский район, Большеигнатовский район	экстренная, неотложная, плановая кардиология экстренная, неотложная, плановая неврология

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

Направление пациентов с ССЗ на плановую госпитализацию осуществляется в соответствии с действующей Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2024 г. № 1940, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 г. № 185н «Об утверждении положения об организации специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 г. № 186н «Об утверждении порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения», приказом Министерства здравоохранения и социального развития

Российской Федерации от 5 октября 2005 г. № 617 «О Порядке направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения», Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 декабря 2020 г. № 1363н «Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования».

Республиканской территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Республики Мордовия медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, утвержденной постановлением Правительства Республики Мордовия от 5 февраля 2025 г. № 73.

Направление на оказание специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной) в плановой форме осуществляется лечащим врачом. Определение показаний для высокотехнологичной медицинской помощи в плановой форме осуществляется врачебной комиссией МО, в которой пациенту оказывается первичная специализированная медико-санитарная помощь или специализированная медицинская помощь. Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор МО осуществляется в соответствии с направлением. В случае, если соответствующий вид помощи оказывает несколько МО, лечащий врач информирует гражданина о возможности выбора МО и направление заполняется в соответствии с предпочтением пациента. Сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи, в том числе для лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, не должны превышать 14 рабочих дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию.

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

Основными документами, регламентирующими экстренную/неотложную помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, являются:

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 г. № 185н «Об утверждении положения об организации

специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»;

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями»;

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология»;

приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения»;

приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 931н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия».

В соответствии с Министерством здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 г. № 185н «Об утверждении положения об организации специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи», для получения специализированной медицинской помощи в экстренной или неотложной форме пациент доставляется выездной бригадой скорой медицинской помощи или самостоятельно обращается в МО. При оказании специализированной медицинской помощи в экстренной форме время от момента доставки пациента выездной бригадой скорой медицинской в МО или от момента самостоятельного обращения пациента в МО до установления предварительного диагноза не должно превышать 1 часа.

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

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

Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение регулируются приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» и от 7 апреля 2025 г. № 169н «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения. Медицинская реабилитация включает в себя комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций. Медицинская реабилитация осуществляется независимо от сроков заболевания, при условии стабильности клинического состояния пациента и наличия перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), когда риск развития осложнений не превышает перспективу

восстановления функций (реабилитационный потенциал), при отсутствии противопоказаний к проведению отдельных методов медицинской реабилитации на основании установленного реабилитационного диагноза с использованием категорий международной классификации функционирования и шкалы реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ). Медицинская реабилитация осуществляется МО всех уровней или иными организациями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность с указанием работ (услуг) по медицинской реабилитации. Первый этап медицинской реабилитации рекомендуется осуществлять в структурных подразделениях МО, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях. Второй этап медицинской реабилитации при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется в стационарных условиях в отделении медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции центральной нервной системы, отделении медицинской реабилитации пациентов с соматическими заболеваниями, созданных в МО, в том числе в центрах медицинской реабилитации, санаторно-курортных организациях. Третий этап медицинской реабилитации осуществляется при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара.

**Перечень МО, оказывающих медицинскую реабилитацию
пациентам с ССЗ**

Таблица 4

Наименование МО	Фактический адрес	Зона ответственности	Профиль помощи (кардиология / неврология/ ССХ)	Уровень и характер медицинской реабилитации
ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканский госпиталь»	Республика Мордовия, г. Саранск, ул. Розы Люксембург, д. 11А	г.о. Саранск, Ардатовский район, Атяшевский район, Дубенский район, Zubovo-Полянский район, Ичалковский район, Комсомольский район, Ковылкинский	кардиология	2 уровень реабилитации пациентов с общесоматическими заболеваниями

Наименование МО	Фактический адрес	Зона ответственности	Профиль помощи (кардиология / неврология/ ССХ)	Уровень и характер медицинской реабилитации
		район, Краснослободский район, Ромодановский район, Рузаевский район, Старошайговский район, Темниковский район, Теньгушевский район, Торбеевский район		
ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканский госпиталь»	Республика Мордовия, г. Саранск, ул. Розы Люксембург, д. 11А	г.о. Саранск	неврология	2 уровень медицинская реабилитация пациентов с нарушением функции центральной нервной системы
ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница»	Республика Мордовия, г. Саранск, ул. Победы, д. 14	Ичалковский район, Ромодановский район, Старошайговский район, Ковылкинский район	неврология	2 уровень медицинская реабилитация пациентов с нарушением функции центральной нервной системы
ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница	Республика Мордовия, г. Саранск, ул. Ульянова, д. 32а	г.о. Саранск	неврология	2 уровень медицинская реабилитация пациентов с

Наименование МО	Фактический адрес	Зона ответственности	Профиль помощи (кардиология / неврология/ ССХ)	Уровень и характер медицинской реабилитации
№4»				нарушением функции центральной нервной системы
ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница имени С.В. Каткова»	Республика Мордовия, г. Саранск, ул. Коммунистическая, д 64	Рузаевский район, Кадошкинский район, Инсарский район	неврология	2 уровень медицинская реабилитация пациентов с нарушением функции центральной нервной системы
ГБУЗ Республики Мордовия «Комсомольская центральная районная больница»	Республика Мордовия, р.п. Комсомольский, ул. Пионерская, д. 3	Ардатовский район, Атяшевский район, Дубенский район,	неврология	2 уровень медицинская реабилитация пациентов с нарушением функции центральной нервной системы
ГБУЗ Республики Мордовия «Краснослободская центральная районная больница»	Республика Мордовия, г. Краснослободск, ул. Кирова, д. 76	Темниковский район, Торбеевский район, Теньгушевский район, Зубово-Полянский район	неврология	2 уровень медицинская реабилитация пациентов с нарушением функции центральной нервной системы

Обеспечение санаторно-курортным лечением пациентов с БСК проводится в соответствии с приказом от 27 марта 2024 г. №143н «Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2 Федерального закона от 23 февраля 1995 г. №26-ФЗ «О

природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах», их характеристик и перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением таких природных лечебных ресурсов» для применения природных климатических факторов, на основании анализа объективного состояния больного, результатов предшествующего амбулаторного или стационарного лечения, данных лабораторных, функциональных, рентгенологических и других исследований.

При наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний для санаторно-курортного лечения, лечащий врач МО прикрепления представляет медицинские документы больного для рассмотрения и принятия решения врачебной комиссией. В случае положительного решения ВК о необходимости направления больного на санаторно-курортное лечение лечащим врачом оформляется справка для получения путевки по форме № 070/у-04, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 256 «О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение».

В случае положительного решения о принятии больного на санаторно-курортное лечение лечащий врач МО оформляет и выдает больному:

- 1) санаторно-курортную путевку;
- 2) санаторно-курортную карту по форме № 072/у-04, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 256 «О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение» (далее – санаторно-курортная карта по форме № 072/у-04), подписанную лечащим врачом и заведующим отделением;
- 3) выписку из медицинской карты больного с подробным описанием проведенного лечения и рекомендациями по дальнейшему лечению.

Лечащие врачи, заведующие отделениями и врачебные комиссии (далее – ВК) должны руководствоваться следующим обязательным перечнем диагностических исследований и консультаций врачей-специалистов, результаты которых необходимо отразить в санаторно-курортной карте по форме № 072/у-04:

- а) клинический анализ крови и анализ мочи;
- б) электрокардиографическое обследование;
- в) рентгенологическое исследование органов грудной клетки (флюорография);
- д) в случае необходимости проводятся дополнительные лабораторные и инструментальные исследования по профилю основного и/или сопутствующего заболевания больного;
- е) при направлении на санаторно-курортное лечение женщин по поводу любого заболевания обязательно заключение акушера-гинеколога, а для беременных – дополнительно обменная карта;

ж) справка-заключение психоневрологического диспансера при наличии в анамнезе больного нервно-психических расстройств;

з) заключения соответствующих врачей-специалистов об основном и сопутствующем заболеваниях больного.

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

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 29 мая 2020 г. № 635 «Об организации обеспечения лекарственными препаратами в амбулаторных условиях лиц, перенесших отдельные сердечно-сосудистые заболевания» в действующей редакции, в республике осуществляется льготное лекарственное обеспечение в амбулаторных условиях пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также лиц, которым была выполнено аортокоронарное шунтирование (далее – АКШ), ангиопластика коронарных артерий со стентированием, катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний.

Согласно вышеуказанному приказу, льготными лекарственными препаратами обеспечиваются пациенты, перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также лица, которым была выполнено аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием, катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, не имеющие группу инвалидности. Льготное лекарственное обеспечение осуществляется в течение 2 лет от момента развития сердечно-сосудистого события. Критериями исключения являются:

получение пациентом группы инвалидности;

истечение 2-х лет с момента развития сосудистых событий;

смерть пациента.

Также, согласно вышеуказанному приказу проводится обеспечение лекарственными препаратами пациентов с хронической ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и ФВ <40 % пожизненно.

С декабря 2024 г. реализуется «бесшовная» модель обеспечения лекарственными препаратами пациентов, перенесших инфаркт миокарда (далее – ИМ), острое нарушение мозгового кровообращения (далее – ОНМК), стентирование коронарных артерий, пациентов с хронической ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и ФВ <40 % при прохождении стационарного лечения в медицинских организациях республики.

Также, с декабря 2024 г., в соответствии с вышеуказанным приказом проводится обеспечение лекарственными препаратами пациентов с хронической ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и ФВ <40 % пожизненно.

Механизмы удержания пациентов в программе на протяжении всего срока льготного лекарственного обеспечения:

информирование граждан о программах льготного лекарственного обеспечения посредством социальных сетей, печатных изданий, других средств массовой информации (далее – СМИ).

восстановление прав на льготное обеспечение для тех, кто отказался от получения льготных лекарственных препаратов.

в каждой медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторно-поликлиническом этапе ведется мониторинг граждан, отказавшихся от набора социальных услуг.

Реализуется льготное лекарственное обеспечение в рамках постановления Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения». В рамках данного постановления лекарственными препаратами обеспечиваются пациенты после ИМ – в течение первых 6 месяцев, после протезирования клапанов.

III. Регламент маршрутизации при отдельных нозологиях.

3.1. Регламент маршрутизации на проведение отдельных видов исследований сердечно-сосудистой системы

Перечень
методов диагностики в рамках Регламента маршрутизации на
проведение отдельных видов исследований при ССЗ

Таблица 5

Методы диагностики	Медицинская организация	Зоны ответственности ¹
Эхокардиография с физической/фармакологической нагрузкой	ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница»	Пациенты из всех муниципальных образований Республики Мордовия
Чреспищеводная эхокардиография	ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая	ГБУЗ Республики Мордовия «Атяшевская районная больница», ГБУЗ Республики Мордовия «Дубенская районная больница»,

Методы диагностики	Медицинская организация	Зоны ответственности ¹
	больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Ичалковская центральная районная больница имени А.В. Парамоновой», ГБУЗ Республики Мордовия «Ковылкинская центральная районная больница», ГБУЗ Республики Мордовия «Комсомольская центральная районная больница», ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская центральная районная больница», ГБУЗ Республики Мордовия «Поликлиника №2», ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница 5»
Чреспищеводная эхокардиография	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4»	ГБУЗ Республики Мордовия «Ардатовская районная больница», ГБУЗ Республики Мордовия «Зубово-Полянская районная больница», ГБУЗ Республики Мордовия «Краснослободская центральная районная больница», ГБУЗ Республики Мордовия «Ромодановская поликлиника имени В.С. Поросёнова», ГБУЗ Республики Мордовия Старошай-

Методы диагностики	Медицинская организация	Зоны ответственности ¹
		<p>говская районная больница имени Н.К. Якомаскина», ГБУЗ Республики Мордовия «Теньгушевская районная больница», ГБУЗ Республики Мордовия «Темниковская районная больница им. А.И. Рудявского», ГБУЗ Республики Мордовия «Торбеевская центральная районная больница», ГБУЗ Республики Мордовия «Поликлиника №4», ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №1», ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница им. С.В. Каткова»</p>
Коронароангиография	ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница»	<p>ГБУЗ Республики Мордовия «Атяшевская районная больница», ГБУЗ Республики Мордовия «Дубенская районная больница», ГБУЗ Республики Мордовия «Ичалковская центральная районная больница имени А.В. Парамоновой», ГБУЗ Республики Мордовия «Ковылкинская центральная районная больница», ГБУЗ</p>

Методы диагностики	Медицинская организация	Зоны ответственности ¹
		Республики Мордовия «Комсомольская центральная районная больница», ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская центральная районная больница», ГБУЗ Республики Мордовия «Поликлиника №2» ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница 5»
Коронароангиография	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4»	ГБУЗ Республики Мордовия ГБУЗ Республики Мордовия «Ардатовская районная больница», ГБУЗ Республики Мордовия «Зубово-Полянская районная больница», ГБУЗ Республики Мордовия «Краснослободская центральная районная больница», ГБУЗ Республики Мордовия «Ромодановская поликлиника имени В.С. Поросёнка», ГБУЗ Республики Мордовия Старошайговская районная больница имени Н.К. Якомаскина», ГБУЗ Республики Мордовия «Теньгушевская районная больница», ГБУЗ Республики Мордовия «Темни-

Методы диагностики	Медицинская организация	Зоны ответственности ¹
		ковская районная больница им. А.И. Рудявского», ГБУЗ Республики Мордовия «Торбеевская центральная районная больница», ГБУЗ Республики Мордовия «Поликлиника №4», ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №1», ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница имени С.В. Каткова»
Коронароангиография с использованием методов внутрисосудистой визуализации и/или оценкой физиологии кровотока	ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница»	Пациенты из всех муниципальных образований Республики Мордовия
Мультиспиральная компьютерная томографии коронарных артерий	Федеральные центры, НМИЦы	Пациенты из всех муниципальных образований Республики Мордовия
Однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда перфузионная с функциональными пробами	Федеральные центры, НМИЦы	Пациенты из всех муниципальных образований Республики Мордовия
Позитронно-эмиссионная томографии миокарда, в том числе с функциональными пробами	Федеральные центры, НМИЦы	Пациенты из всех муниципальных образований Республики Мордовия
Магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием	Федеральный центры, НМИЦы	Пациенты из всех муниципальных образований Республики Мордовия

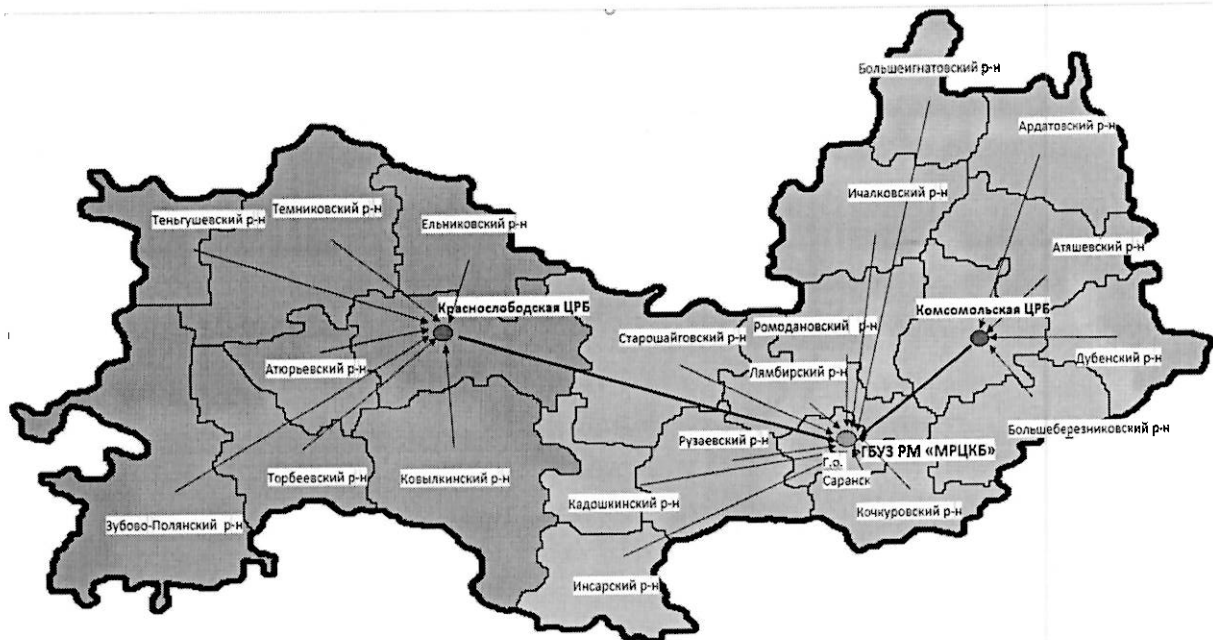
3.2. Регламент маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом.

Перечень МО, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом

Таблица 6

Наименование МО	ПСО/ РСЦ	Зона ответственности	Численность взрослого населения в зоне ответственности	Наличие рентгенооперационных и число рентгенографических установок
ГБУЗ Республики Мордовия «Комсомольская ЦРБ»	ПСО	Чамзинский, Атяшевский, Ардатовский, Большеберезниковский, Дубенский муниципальные районы	78987	нет
ГБУЗ Республики Мордовия «Краснослободская ЦРБ»	ПСО	Краснослободский, Ельниковский, Атюрьевский, Темниковский, Теньгушевский, Ковылкинский, Кадошкинский, Торбеевский, Зубово-Полянский муниципальные районы	106875	нет
ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница»	РСЦ	население Республики Мордовия	642020	3 рентгенооперационные, 3 ангиографические установки

Схема
маршрутизации пациентов с инфарктом миокарда и острым
коронарным синдромом в региональные сосудистые центры и
первичные сосудистые отделения медицинских организаций по
территориальной закреплённости



Алгоритм диагностики и оказания помощи пациентам с ОКС на
догоспитальном этапе

1. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь при ОКС оказывается вне МО, а также в амбулаторных и стационарных условиях.
2. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь пациентам, требующим срочного медицинского вмешательства, вне МО оказывается общепрофильными врачебными и фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи (далее – СМП), специализированными выездными бригадами СМП (кроме психиатрической) в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. №388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».
3. Госпитализация пациентов с острым коронарным синдромом (далее – ОКС) бригадами СМП осуществляется в профильный стационар по территориальному принципу, согласно маршрутизации, указанной в Таблице 1, в регламентированные в данном алгоритме сроки.
4. При поступлении вызова фельдшер (медицинская сестра) по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам СМП согласно жалобам определяет повод к вызову как «экстренный».
5. При оказании скорой медицинской помощи пациенту с ОКС к функциям врача (фельдшера) бригады СМП относятся:

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

Врачи/фельдшеры бригады СМП должны быть обучены интерпретации электрокардиограммы, в том числе определять изменение положения ST, а также выявлять наличие полной блокады левой ножки пучка Гиса;

В затруднительных случаях по принятию решения о проведении тромболитической терапии (далее – ТЛТ) осуществить звонок старшему врачу СМП.

5.2. Определение показаний и противопоказаний к реперфузионной терапии, чрескожному коронарному вмешательству (далее - ЧКВ) или ТЛТ:

1) показания к ЧКВ (без ТЛТ):

ОКСпST, если время от начала ПМК до восстановления антеградного кровотока (открытия инфаркт-связанной артерии) в РСЦ составляет ≤ 120 минут.

ОКСбпST высокого и очень высокого риска

2) показания к немедленной ТЛТ:

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

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

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

Не дожидаясь результата ТЛТ пациент незамедлительно эвакуируется в РСЦ.

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

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

3) противопоказания к ТЛТ:

Абсолютные		Относительные	
Ранее перенесенный геморрагический инсульт или нарушение мозгового кровообращения неизвестной этиологии*	инсульт или	Транзиторная ишемическая атака в предыдущие 6 месяцев	
Ишемический инсульт в предшествующие 6 месяцев	инсульт	Прием антикоагулянтов (дабигатран, апиксабан)	пероральных (варфарин, ривароксабан)
Повреждения или новообразования		Беременность или 1-я неделя после	

Абсолютные	Относительные
ЦНС, артериовенозные мальформации ЦНС	родов
Недавняя серьезная травма/хирургическое вмешательство/травма головы/желудочно-кишечные кровотечения (в течение предыдущего месяца)**	Рефрактерная артериальная гипертензия (САД >180 мм рт.ст. и/или диастолическое АД >110 мм рт.ст.)
Известные геморрагический диатез или кровоточивость (кроме менструальных кровотечений)	Тяжелое заболевание печени
Расслоение аорты (заподозренное или подтвержденное)	Инфекционный эндокардит
Пункция некомпрессируемых сосудов, биопсия печени, спинномозговая пункция в течение предыдущих 24 часов	Обострение язвенной болезни
	Травматичная или длительная сердечно-легочная реанимация

* – нарушение мозгового кровообращения неизвестной этиологии – означает, что не известна форма перенесенного ранее ОНМК (геморрагический или ишемический инсульт);

** – недавняя серьезная травма / хирургическое вмешательство/ травма головы / желудочно-кишечные кровотечения (в течение предыдущего месяца) – слово «Недавняя» относится ко всем перечисленным вариантам, т.е. к серьезной травме, к хирургическому вмешательству, к травме головы, к ЖКК. «Недавняя», поясняется фразой «(в течение предыдущего месяца)». Соответственно, если срок какого-то из перечисленных событий составляет более одного месяца, то данный пункт не является противопоказанием.

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

5.3. Стратификация риска пациентов с ОКСбпST:

К пациентам высокого и очень высокого риска с ОКСбпST относятся пациенты:

Очень высокий риск	Высокий риск
нестабильная гемодинамика или кардиогенный шок	повышение уровня высокочувствительного тропонина
повторяющаяся или продолжающаяся боль в грудной клетке, рефрактерная к медикаментозному лечению	динамические изменения сегмента ST или зубца T (симптомные или безболевые)
жизнеугрожающие аритмии или остановка сердца	
механические осложнения ИМ	

Очень высокий риск	Высокий риск
острая сердечная недостаточность с рефрактерной стенокардией или отклонением сегмента ST	
повторяющиеся изменения сегмента ST или зубца T, особенно с эпизодами преходящей элевации сегмента ST	

Наличие критериев высокого и/или очень высокого риска у пациентов ОКСбпST является показанием к прямой медицинской эвакуации в Региональный сосудистый центр (далее – РСЦ).

При ухудшении состояния во время медицинской эвакуации пациент госпитализируется в ближайшую медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь пациентам с неотложными и экстренными заболеваниями, имеющую в своей структуре кардиологическое отделение с палатами реанимации и интенсивной терапии, в штатную численность которого входят врачи-кардиологи или врачи-анестезиологи-реаниматологи (ближайшее ПСО)

При ухудшении состояния во время медицинской эвакуации и невозможности госпитализации в ПСО пациент эвакуируется в ближайшую медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь и имеющую в своей структуре отделение (палату) реанимации и интенсивной терапии.

При госпитализации пациентов с ОКС в непрофильные стационары и невозможности перевода в сосудистый центр для проведения ЧКВ обеспечить регулярное консультирование лечащим врачом, в том числе с применением телемедицинских технологий со специалистами РСЦ до стабилизации состояния пациента и возможности транспортировки. При невозможности транспортировки больного рекомендована ТМК в первый час с момента госпитализации с кардиологом, реаниматологом РСЦ для решения вопроса о дальнейшей тактике.

После стабилизации состояния пациент переводится для дальнейшего лечения в РСЦ бригадой отделения экстренной и консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации ГБУЗ «Кузбасский центр медицины катастроф» через установленной формы заявку.

К пациентам среднего (промежуточного риска) с ОКСбпST относят пациентов с сахарным диабетом, почечной недостаточностью (СКФ < 60 мл/мин/1,73м²), в течение 6 месяцев перенесшие ЧКВ, коронарное шунтирование.

5.4. Определение МО для госпитализации пациента.

Госпитализация в ПСО:

пациенты с ОКСбпST, в соответствии с Таблицей 1.

Госпитализация в РСЦ, в соответствии с Таблицей 1:

пациенты с ОКСпST (в предпочтительные сроки < 120 мин от ПМК)

пациенты с ОКСбпST высокого и очень высокого риска.

5.5. Прямая госпитализация с этапа СМП в РСЦ согласовывается с ответственным дежурным врачом РСЦ посредством телефонной связи.

5.6. Заполнение медицинской документации: указание в карте вызова и сопроводительном талоне времени начала симптомов ишемии, начало ПМК, время установки диагноза (время интерпретации ЭКГ) и эвакуации пациента в стационар, а также оказанная медицинская помощь (в т.ч. ТЛТ и другие выполненные манипуляции).

5.7. лечение осуществляется в соответствии с порядками, стандартами и клиническими рекомендациями по ведению пациентов с ОКС.

5.8. рекомендованное время эвакуации от первого медицинского контакта до дверей РСЦ («время в пути») – 60 минут; у пациентов с ОКСпST в случае превышения предполагаемого времени до выполнения ЧКВ >120 мин проводится ТЛТ.

Этот временной отрезок (120 минут) включает время транспортировки от ПМК до дверей РСЦ (не более 60 минут) и время от постановки и подтверждения диагноза в ЧКВ-центре до проведения проводника в просвет инфаркт-связанной артерии (не более 60 минут).

5.9. передача пациента и сопроводительной документации в приемном отделении стационара дежурному кардиологу.

5.10. В случае появления подъема сегмента ST пациент эвакуируется/резэвакуируется этой же бригадой СМП в РСЦ по критериям, изложенным в пункте 5.3.

5.11. В случае исключения диагноза ОКС в РСЦ или ПСО и при наличии показаний к госпитализации пациента в другую МО медицинская реэвакуация осуществляется бригадой СМП в дежурный стационар по требуемому профилю. Медицинская реэвакуация выполняется бригадой СМП.

5.12. В случае отказа пациента с ОКС от госпитализации в стационарное отделение медицинской организации передача информации в амбулаторно-поликлиническое учреждение по месту жительства пациента осуществляется уполномоченным лицом станции СМП в обязательном порядке.

5.13. В случае отказа больного от ЧКВ/ТЛТ заполняется добровольный информированный отказ от медицинского вмешательства. При этом маршрут пациента не меняется. В случае отказа пациента от транспортировки в ЧКВ-центр заполняется добровольный информированный отказ, пациент может быть госпитализирован в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями с обязательным наличием коек реанимации и интенсивной терапии.

Порядок взаимодействия медицинских организаций и служб, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ОКС

1. Интерпретация ЭКГ во время первичного медицинского контакта проводится самостоятельно врачом/фельдшером общепрофильной бригады СМП. При необходимости ЭКГ для расшифровки передается старшему врачу СМП.

2. При ухудшении состояния во время медицинской эвакуации и невозможности госпитализации в ПСО, РСЦ пациент эвакуируется в ближайшую медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь, и имеющую в своей структуре отделение (палату) реанимации и интенсивной терапии.

2.1. После стабилизации состояния пациент переводится для дальнейшего лечения в РСЦ бригадой СМП ГБУЗ Республики Мордовия «Станция скорой медицинской помощи».

3. Прямая госпитализация с этапа СМП в РСЦ согласовывается с ответственным дежурным врачом РСЦ посредством телефонной связи:

дежурный врач РСЦ – 8 (8342)24-54-91;

дежурный врач ПСО на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Комсомольская ЦРБ» 8 (83437) 3-61-82;

дежурный врач ПСО на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Краснослободская ЦРБ» – 8 (83443) 3-01-67;

старший врач ГБУЗ Республики Мордовия «Станция скорой медицинской помощи» – 8 (83422) 4-14-26.

4. После оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП) в РСЦ продолжение лечения осуществляется в рамках оказания специализированной медицинской помощи.

5. В случае отказа пациента с ОКС от госпитализации в стационарное отделение медицинской организации передача информации в амбулаторно-поликлиническое учреждение по месту жительства пациента осуществляется уполномоченным лицом станции СМП в обязательном порядке.

6. По окончании стационарного лечения, пациент с установленным диагнозом инфаркта миокарда должен находиться под диспансерным наблюдением врача-кардиолога в первые 12 месяцев после установки диагноза, после высокотехнологичных методов лечения на коронарных артериях (чрескожное коронарное вмешательство и аортокоронарное и (или) маммарокоронарное шунтирование) в первые 12 месяцев после вмешательства в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

7. Пациенты, перенесшие инфаркт миокарда, коронарное шунтирование, ЧКВ со стентированием должны быть обеспечены лекарственными препаратами в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями в день выписки из стационара на амбулаторный этап лечения, при наличии права на получение социальной услуги в виде обеспечения лекарственными препаратами по следующим категориям:

перечень приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 февраля 2024 г. № 37н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов в целях обеспечения в амбулаторных условиях лекарственными препаратами лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью

сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка $\leq 40\%$, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний»;

в соответствии с Федеральным законом «О государственной социальной помощи» (инвалиды по заболеванию);

в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июля 2024 г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшения обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения (по заболеванию либо по установленной льготной категории социального статуса)».

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

8. В течение первого года после перенесенного ИМ, после проведения стентирования КА, в том числе с целью надлежащего проведения диспансерного наблюдения, проводятся консультации (не менее 2-х) врачами кардиологами кардиологического кабинета ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница».

3.3. Регламент маршрутизации пациентов с нарушениями ритма сердца и проводимости.

Медицинская помощь пациентам с нарушениями ритма и проводимости оказывается в медицинских учреждениях, указанных в Таблице 2 общей части Регионального порядка. Специализированная, в том числе высокотехнологичная помощь пациентам с нарушением ритма сердца и проводимости оказывается в ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная районная больница», которая в своем составе имеет специализированное кардиологическое отделение для лечения больных с нарушением ритма сердца и проводимости, РСЦ, отделение анестезиологии и реанимации, отделение рентгенэндоваскулярных методов лечения, где проводится хирургическое лечение нарушений ритма и проводимости, кардиохирургическое отделение.

При наличии показаний к плановой специализированной помощи пациентам с нарушением ритма сердца и проводимости, пациент из МО по месту прикрепления направляется на консультацию к врачу кардиологу кардиологического кабинета консультативной поликлиники ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная районная больница». Далее, при наличии показаний, направляется в кардиологическое отделение для лечения больных с нарушением ритма сердца и проводимости ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная районная больница». При необходимости выполнения специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи данной категории пациентов в условиях ФЦ проводятся ТМК (очные/заочные) с ФЦ.

После перенесенных хирургическое вмешательство по поводу нарушений ритма сердца и проводимости (далее – НРСиП), в том числе за пределами региона, больные наблюдаются в кардиологическом кабинете Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная районная больница», ведется реестр пациентов. При наличии показаний к льготному лекарственному обеспечению, в рамках приказа Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 29 мая 2020 г. № 635 «Об организации обеспечения лекарственными препаратами в амбулаторных условиях лиц, перенесших отдельные сердечно-сосудистые заболевания» (с изменениями, утвержденными приказами Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 17 января 2022 г. № 31, от 30 декабря 2022 г. № 2958, от 29 декабря 2023 г. №2432), пациенты получают необходимые лекарственные препараты при выписке из стационара.

1. Скорая медицинская помощь пациентам с нарушениями ритма и проводимости оказывается врачами и/или фельдшерами бригад скорой медицинской помощи (далее – бригад СМП), которые обеспечивают проведение мероприятий по устранению угрожающих жизни состояний, при наличии показаний – выполнение электроимпульсной терапии.

2. Бригадой СМП нуждающиеся в госпитализации пациенты доставляются в стационар в соответствии со схемой маршрутизации.

3. Лечение нарушений сердечного ритма и проводимости на догоспитальном этапе осуществляется в соответствии с порядками, стандартами и клиническими рекомендациями.

Направление на реабилитационные мероприятия и санаторно-курортное лечение отражен в общей части Регионального порядка маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Республике Мордовия.

Таблица 7. Алгоритм лечения пациентов с нарушениями сердечного ритма и проводимости на догоспитальном этапе

Код по МКБ 10	Диагноз	Объем лечебно-диагностической медицинской помощи	Тактика
I47.1	Синусовая тахикардия	<ul style="list-style-type: none"> • ЭКГ (ЭКП) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Медицинская эвакуация при ЧСС > 130 ударов в минуту после терапии; 2. При отказе от медицинской эвакуации в больницу – рекомендовать обратиться в поликлинику; 3. Рекомендовать обратиться в поликлинику в клинических ситуациях, не указанных в п. 1
	– при ЧСС 90–100 в минуту	<ul style="list-style-type: none"> • Не требует пульсурежающей терапии на этапе оказания скорой медицинской помощи 	
	– при ЧСС > 100 в минуту	<ul style="list-style-type: none"> – Метопролол 12,5–25 мг (12,5–25 мг) в/венно или Пропранолол 10–40 мг внутрь или Верапамил 5–10 мг (2–4 мг) в/венно (только при противопоказаниях к применению бета-адреноблокаторов) 	
I49.4	Экстрасистолия (в том числе желудочковая, частая и парная)	<ul style="list-style-type: none"> • ЭКГ (ЭКП) • Не требует лечения на этапе оказания скорой медицинской помощи 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Рекомендовать обратиться в поликлинику
I47.1	Пароксизмы эктопической тахикардии QRS < 0,12 секунд (тахикардии с узким комплексом) – при стабильной гемодинамике без признаков СН	<ul style="list-style-type: none"> • ЭКГ-мониторинг • Вагусные приемы. • При отсутствии эффекта: – Трифосаденин 1–2 мг в/венно болюсом быстро, предварительно без разведения 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Медицинская эвакуация в больницу при отсутствии эффекта от проведенной терапии;

Код по МКБ 10	Диагноз	Объем лечебно-диагностической медицинской помощи	Тактика
		<p>При отсутствии эффекта:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Метопролол 12,5–25 мг в/венно (12,5–25 мл) или Верапамил 5–10 мг (2–4 мл) в/венно или Эсмолол 0,5 мг/кг/мин (0,05 мл/кг/мин) за 1 минуту, затем 0,05 мг/кг/мин (0,005 мл/кг/мин) за 4 минуты в/венно (для бригад АиР) 	<p>2. При отказе от медицинской эвакуации в больницу – рекомендовать обратиться в поликлинику;</p> <p>3. Рекомендовать обратиться в поликлинику при купировании приступа</p>
I47.1	при явлениях ХСН	<ul style="list-style-type: none"> • Катетеризация вены или внутрикостный доступ – Амiodарон 300–450 мг (6–9 мл) в разведении Декстрозы 5% – 250 мл в/венно капельно 	
I47.2	<p>Пароксизмы эктопической тахикардии QRS < 0,12 сек (тахикардии с узким комплексом)</p> <p>– при нестабильной гемодинамике, острой сердечной недостаточности, острой ишемии миокарда, синкопальном состоянии</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ЭКГ-мониторинг; • Катетеризация вены или внутрикостный доступ • Проведение ЭИТ 	<p>1. Медицинская эвакуация в больницу. Транспортировка на носилках;</p> <p>2. При отказе от медицинской эвакуации в больницу: актив в поликлинику</p>

Код по МКБ 10	Диагноз	Объем лечебно-диагностической медицинской помощи	Тактика
Пароксизмы эктопической тахикардии QRS > 0,12 сек (тахикардии с широким комплексом)	<ul style="list-style-type: none"> • ЭКГ-мониторинг • Катетеризация вены или внутрикостный доступ (3–6 мл) в разведении Амиодарон 150–300 мг Декстрозы 5 % до 20 мл в/венно струйно; При стойком пароксизме или рецидивировании в гемодинамике без признаков эпизодов тахикардии с широкими комплексами без ОКС: – Лидокаин 100 мг (5 мл) в/венно При 3. При стойком пароксизме или рецидивировании эпизодов тахикардии с широкими комплексами на фоне ОКС: приступа <ul style="list-style-type: none"> – Метопролол 12,5–25 мг (12,5–25 мл) в/венно или Эсмолол 0,5 мг/кг/мин (0,05 мл/кг/мин) за 1 минуту, затем 0,05 мг/кг/мин (0,005 мл/кг/мин) за 4 минуты в/венно (для бригад АиР) 	<ul style="list-style-type: none"> • ЭКГ-мониторинг • Катетеризация вены или внутрикостный доступ – Амиодарон 150 мг (3 мл) в разведении Декстрозы 5 % – 250 мл в/венно капельно (инфузия проводится фоном до купирования пароксизма) Проведение ЭИТ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Медицинская эвакуация в больницу при неэффективности проведенной терапии 2. При отказе от медицинской эвакуации больницу – рекомендовать обратиться в поликлинику 3. Рекомендовать обратиться в поликлинику при купировании приступа
– при нестабильной гемодинамике, острой сердечной недостаточности, острой ишемии миокарда, синкопальном состоянии			<ol style="list-style-type: none"> 1. Медицинская эвакуация в больницу. Транспортировка на носилках 2. При отказе от медицинской эвакуации в больницу: <ul style="list-style-type: none"> – при некупированном приступе – актив на «103» через 2 часа – при купированном при бригаде приступе – актив в ОНМПВДН 3. При повторном отказе – актив в поликлинику

Код по МКБ 10	Диагноз	Объем лечебно-диагностической медицинской помощи	Тактика
I48	<p>Фибрилляция – трепетание предсердий:</p> <p>Пароксизм давностью менее 48 часов, в том числе впервые возникший</p>	<p>При приеме антикоагулянтных препаратов Гепарин не вводить!</p> <ul style="list-style-type: none"> • Катетеризация вены или внутрикостный доступ; – Гепарин натрия 5000 МЕ (1 мл) в/венно или Эноксапарин натрия 1 мг/кг подкожно 	<p>1. Рекомендовать обратиться в поликлинику при:</p> <ul style="list-style-type: none"> - восстановления синусового ритма, - ЧСС менее 100, отсутствии симптомов, стабильной гемодинамике у пациентов, получающих антикоагулянтную терапию.
	<p>– при отсутствии сердечной недостаточности, QRS < 0,12 секунд</p>	<p>Пропафенон 1,5–2 мг/кг (0,4–0,6 мг/кг) в/венно капельно или через шприцевой дозатор в разведении Декстрозы 5% в течении 10 минут или</p> <p>Прокаинамид 500–1000 мг (5–10 мл) в/венно капельно или через шприцевой дозатор в разведении 0,9% Натрия хлорида в течение 20 минут</p>	<p>2. Медицинская эвакуация в больницу в клинических ситуациях, не указанных в п. 1</p>
	<p>– при наличии противопоказаний применению пропафенона или прокаинамида</p>	<p>– Амиодарон 5 мг/кг (пах – 450 мг (9 мл)) в/венно в разведении раствора Декстрозы 5% – 250 мл в/венно капельно</p> <p>Ожидание эффекта не более 20 минут</p>	<p>3. При отказе от медицинской эвакуации – рекомендовать обратиться в поликлинику</p>
	<p>Фибрилляция – трепетание предсердий давностью более 48 часов или неуточненной давности:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ЭКГ • ЭКГ-мониторинг 	

Код по МКБ 10	Диагноз	Объем лечебно-диагностической медицинской помощи	Тактика
—	без клинических проявлений	Не требует лечения на этапе оказания скорой медицинской помощи	1. Медицинская эвакуация в больницу при впервые выявленном пароксизме; 2. Рекомендовать обратиться в поликлинику при наличии пароксизма в анамнезе
—	при неосложненной тахисистолии без гипотонии и признаков застойной сердечной недостаточности	Катетеризация вены или внутрикостный доступ — Метопролол 12,5–25 мг внутрь или 5–15 мг в/венно (0,05 мг/кг/мин) или Эсмолол 0,5 мг/кг/мин (0,005 мг/кг/мин) за 1 минуту, затем 0,05 мг/кг/мин (0,005 мг/кг/мин) за 4 минуты в/венно или Пропранолол 10–20 мг внутрь или Верапамил 5 мг (2 мл) в/венно	1. Медицинская эвакуация в больницу при частоте желудочковых сокращений; ≥ 130 ударов в минуту после проведенной терапии; 2. При отказе от медицинской эвакуации в больницу — рекомендовать обратиться в поликлинику;
—	при неосложненной тахисистолии на фоне застойной сердечной недостаточности гипотонии	Катетеризация вены или внутрикостный доступ — Амиодарон 300–450 мг (6–9 мл) в разведении Декстрозы 5% — 20 мл в/венно капельно с помощью безшприцевого насоса в течение 20 минут	3. Рекомендовать обратиться в поликлинику в клинических ситуациях, не указанных в п. 1

Код по МКБ 10	Диагноз	Объем лечебно-диагностической медицинской помощи	Тактика
	<p>– при тахисистолии, осложнившейся гипотонией, острой левожелудочковой недостаточностью или затычным приступом (независимо от давности возникновения нарушения ритма)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Катетеризация вены или внутрикостный доступ; – Гепарин натрия 5000 МЕ (1 мл) в/венно или Эноксапарин натрия 1 мг/кг подкожно; • ЭИТ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Медицинская эвакуация в больницу. Транспортировка на носилках с приподнятым головным концом; 2. При отказе от медицинской эвакуации в больницу: <ul style="list-style-type: none"> – при некупированном приступе – актив на «103» через 2 часа; – при купированном приступе – актив в поликлинику 3. При повторном отказе – актив в поликлинику
I44.1 I44.2 I45.5	<p>Брадикардии и нарушения проводимости</p> <p>– при ЧСС > 40 в минуту, стабильной гемодинамике и отсутствии приступов МЭС и его эквивалентов</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ЭКГ; • Пульсоксиметрия; • Отменить препараты урежающие ритм 	<p>1. Рекомендовать обратиться в поликлинику</p>
	<p>– при ЧСС < 40 в минуту, стабильной гемодинамике и отсутствии приступов МЭС и его эквивалентов</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ЭКГ-мониторинг – Атропин 0,5–1 мг (0,5–1 мл) в/венно 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Медицинская эвакуация в больницу. 2. При отказе от медицинской эвакуации в больницу – актив в поликлинику

Код по МКБ 10	Диагноз	Объем лечебно-диагностической медицинской помощи	Тактика
	<p>– при ЧСС < 40 в минуту и нестабильной гемодинамике; рецидивирующих приступах МЭС, дисфункции синусового узла, желудочковых внутрижелудочковых блокадах</p>	<p>• ЭКГ-мониторинг; Катетеризация вены или внутрикостный доступ; Натрия хлорид 0,9% – 250 мл в/венно капельно; Атропин 0,5–1 мг (0,5–1 мл) в/венно; Допамин 5–7 мкг/кг/мин в разведении Натрия хлорида 0,9% – 250 мл в/венно капельно (18–20 капель в минуту)</p>	<p>1.1. Для общепрофильных бригад: – при стабилизации гемодинамики – медицинская эвакуация в больницу; – при отсутствии эффекта от терапии – вызов бригады АиР; 1.2. Для бригад АиР – медицинская эвакуация. Транспортировка на носилках</p>

3.4. Регламент маршрутизации пациентов с хронической сердечной недостаточностью

Территориальные зоны ответственности
по оказанию медицинской помощи взрослым пациентам с хронической
сердечной недостаточностью на территории Республики Мордовия

Таблица 8

Муниципальный район	Медицинские организации I уровня	Медицинские организации II уровня	Медицинские организации III уровня
Атяшевский	ГБУЗ Республики Мордовия «Атяшевская районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Комсомольская центральная районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница»
Ардатовский	ГБУЗ Республики Мордовия «Ардатовская РБ»	ГБУЗ Республики Мордовия «Комсомольская ЦРБ»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4»
Большеегнатовский	Поликлиническое отделение № 3, находящаяся в Большеегнатовском муниципальном районе ГБУЗ Республики Мордовия «Ичалковская центральная районная больница имени А.В. Парамоновой»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница имени С.В. Каткова»	ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница»
Большеберезниковский	Поликлиническое отделение, находящаяся в Большеберезниковском муниципальном районе ГБУЗ Республики Мордовия «Комсомольская	ГБУЗ Республики Мордовия «Комсомольская центральная районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница»

Муниципальный район	Медицинские организации I уровня	Медицинские организации II уровня	Медицинские организации III уровня
	центральная районная больница»		
Атюрьевский	Поликлиника, находящаяся в Атюрьевском муниципальном районе ГБУЗ Республики Мордовия «Торбеевская центральная районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Краснослободская центральная районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4»
Дубенский	ГБУЗ Республики Мордовия «Дубенская районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Комсомольская центральная районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница»
Ельниковский	Поликлиника, находящаяся в Ельниковском муниципальном районе ГБУЗ Республики Мордовия «Краснослободская центральная районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Краснослободская центральная районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4»
Зубово-Полянский	ГБУЗ Республики Мордовия «Зубово-Полянская центральная районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Краснослободская центральная районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4»
Инсарский	ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская центральная районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская центральная районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница»
Ичалковский	ГБУЗ Республики Мордовия	ГБУЗ Республики Мордовия «Респуб-	ГБУЗ Республики Мордовия

Муниципальный район	Медицинские организации I уровня	Медицинские организации II уровня	Медицинские организации III уровня
	«Ичалковская центральная районная больница имени А.В. Парамоновой»	ликанская клиническая больница имени С.В. Каткова»	«Мордовская республиканская центральная клиническая больница»
Кадошкинский	Поликлиническое отделение, находящееся в Кадошкинском муниципальном районе ГБУЗ Республики Мордовия «Ковылкинская центральная районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Ковылкинская центральная районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница»
Ковылкинский	ГБУЗ Республики Мордовия «Ковылкинская центральная районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Ковылкинская центральная районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница»
Кочкуровский	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №5»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница имени С.В. Каткова»	ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница»
Краснослободский	ГБУЗ Республики Мордовия «Краснослободская центральная районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Краснослободская центральная районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4»
Лямбирский	ГБУЗ Республики Мордовия «Поликлиника №2»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница имени С.В. Каткова»	ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая

Муниципальный район	Медицинские организации I уровня	Медицинские организации II уровня	Медицинские организации III уровня
			больница»
Ромодановский	ГБУЗ Республики Мордовия «Ромодановская поликлиника имени В.С. Поросенкова»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница имени С.В. Каткова»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4»
Рузаевский	ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская центральная районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская центральная районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница»
Старошайговский	ГБУ Республики Мордовия «Старошайговская районная больница имени Н.К. Якомаскина»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница имени С.В. Каткова»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4»
Темниковский	ГБУЗ Республики Мордовия «Темниковская РБ имени А.И. Рудяковского»	ГБУЗ Республики Мордовия «Краснослободская центральная районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4»
Теньгушевский	ГБУЗ Республики Мордовия «Теньгушевская районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Краснослободская центральная районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4»
Торбеевский	ГБУЗ Республики Мордовия «Торбеевская районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Краснослободская центральная районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4»
Чамзинский	ГБУЗ Республики Мордовия «Комсомольская центральная районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Комсомольская центральная районная больница»	ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая

Муниципальный район	Медицинские организации I уровня	Медицинские организации II уровня	Медицинские организации III уровня
			больница»
г.о. Саранск	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №1»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница имени С.В. Каткова»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4»
г.о. Саранск	ГБУЗ Республики Мордовия «Поликлиника №2»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница имени С.В. Каткова»	ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница»
г.о. Саранск	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница имени С.В. Каткова»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница имени С.В. Каткова»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4»
г.о. Саранск	ГБУЗ Республики Мордовия «Поликлиника №4»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница имени С.В. Каткова»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4»
г.о. Саранск	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №5»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница имени С.В. Каткова»	ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница»
г.о. Саранск	ГБУЗ Республики Мордовия «РГЦ»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница имени С.В. Каткова»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4»

Положение
об алгоритме организации оказания медицинской помощи
взрослым пациентам с сердечной недостаточностью
на территории Республики Мордовия

I. Общие положения.

1. Настоящее Положение определяет Алгоритм организации оказания медицинской помощи взрослым пациентам с хронической сердечной недостаточностью (далее – ХСН) на территории Республики Мордовия.

2. Алгоритм формируется в целях своевременной диагностики и лечения ХСН и обеспечения преемственности оказания медицинской помощи.

Организация оказания медицинской помощи взрослым пациентам с ХСН на территории Республики Мордовия включает следующие структурные подразделения:

1) медицинские организации, подведомственные Министерству здравоохранения Республики Мордовия, оказывающие первичную медико-санитарную помощь взрослым пациентам с хронической сердечной недостаточностью (медицинские организации I уровня), имеющие в своей структуре кабинет для оказания консультативной и лечебно-профилактической помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью и койки дневного пребывания кардиологического или терапевтического профилей для лечения пациентов с ХСН в структуре амбулаторно-поликлинического подразделения);

2) медицинские организации, подведомственные Министерству здравоохранения Республики Мордовия, оказывающие специализированную, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи (медицинские организации II уровня), имеющие в своей структуре круглосуточные койки в структуре кардиологического или терапевтического отделения для лечения пациентов с ХСН;

3) медицинские организации, подведомственные Министерству здравоохранения Республики Мордовия, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь (медицинские организации III уровня), имеющие в своей структуре круглосуточные койки в структуре кардиологического отделения для лечения пациентов с ХСН.

II. Медицинские организации, оказывающие первичную, в том числе первичную специализированную, медицинскую помощь пациентам с ХСН.

3. Кабинета для оказания консультативной и лечебно-профилактической помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью (далее – Кабинет) является структурным подразделением медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь по профилю «кардиология» и организован в структуре амбулаторно-поликлинического подразделения с целью оптимизации, совершенствования, доступности и улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам с ХСН.

4. Структура и штатная численность Кабинета устанавливаются руководителем медицинской организации, подведомственной Министерству здравоохранения Республики Мордовия, в составе которой создан кабинет, исходя из потребностей, объема проводимой работы и численности обслуживаемого населения.

5. Работа Кабинета осуществляется в соответствии с Клиническими рекомендациями «Хроническая сердечная недостаточность», одобренными Научно-практическим Советом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2020 г., Порядком оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и стандартом медицинской помощи взрослым при хронической сердечной недостаточности (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение), утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 апреля 2022 г. № 272н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при хронической сердечной недостаточности (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)» и настоящим Положением.

6. Основные функции Кабинета:

ведение регионального регистра пациентов с ХСН;

использование в своей деятельности всех лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений медицинской организации, на базе которой они созданы;

выявление пациентов с ХСН, определение этиологии ХСН, постановка диагноза;

стратификация риска и оценка факторов риска прогрессирования ХСН и устранение обратимых факторов;

разработка плана ведения (подбор терапии, титрование доз до оптимальных, вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции, санация очагов инфекции) и проведение диспансерного наблюдения за пациентами с ХСН.

наблюдение пациентов с ХСН в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;

осуществление патронажа на дому маломобильных пациентов с ХСН с целью клинического мониторинга и обучения пациентов, членов семьи или лиц, осуществляющих уход;

контроль за льготным лекарственным обеспечением, контроль приверженности к лечению;

осуществление преемственности между амбулаторным и стационарным этапами для передачи медицинских данных о пациенте;

осуществление, при необходимости, телефонной поддержки пациентов с ХСН (в случае получения информированного согласия пациента с ХСН), в

части организации регулярных телефонных звонков (после выписки в течение 3-7 дней, через 1-3 месяцев, далее при стабильном течении – каждые 6 месяцев между визитами, в соответствии с Методическими рекомендациями;

оказание консультативной и лечебно-профилактической помощи пациентам с ХСН, в том числе, при наличии медицинских показаний, телемедицинского консультирования между специалистами амбулаторного и стационарного звена, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ХСН;

обучение пациентов с ХСН навыкам самоконтроля показателей состояния здоровья;

организация оказания медицинской помощи в мультидисциплинарной команде специалистов с привлечением по потребности врачей специалистов, в том числе пульмонолога, нефролога, эндокринолога, гастроэнтеролога, невролога, гериатра, психолога, реабилитолога, диетолога, онколога, врача по функциональной диагностике, сердечно-сосудистого хирурга, врача по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению, специалиста по программированию электрофизиологических устройств);

проведение профилактических мероприятий, просветительской работы по формированию здорового образа жизни для пациентов с ХСН, в соответствии с Методическими рекомендациями;

обсуждение с пациентом (законными представителями) вариантов высокотехнологичной медицинской помощи (в том числе эндоваскулярных, электрофизиологических, кардиохирургических методов лечения, трансплантации сердца);

обсуждение с пациентом (законными представителями) показаний к паллиативной помощи;

проведение физической реабилитации пациентов с ХСН;

использование чек-листов для выявления пациентов с высоким риском развития ХСН или ее осложнений, в соответствии с Методическими рекомендациями для врачей «Лечение и ведение пациентов с ХСН на амбулаторном и стационарном этапах оказания медицинской помощи», утвержденными Министром здравоохранения Республики Мордовия О.В. Маркиным и согласованными с Генеральным директором ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главным внештатным специалистом кардиологом Министерства здравоохранения Российской Федерации по СЗФО, СКФО, ПФО, ЮФО Е.В. Шляхто (далее – Методические рекомендации);

использование чек-листов для оценки функционального статуса, проводимой терапии, своевременного отбора на трансплантацию сердца, дневников для пациентов с ХСН, в соответствии с Методическими рекомендациями;

контроль качества оказания медицинской помощи участковыми терапевтами и проведение образовательных мероприятий для медицинского персонала на основе выявленных пробелов в компетенциях.

мониторинг и анализ статистических показателей по частоте госпитализаций пациентов по причине обострения ХСН, летальности от ХСН;

организация образовательных мероприятий с медицинским персоналом; по программе дополнительного профессионального образования по ХСН.

III. Медицинские организации, подведомственные Министерству здравоохранения Республики Мордовия, оказывающие специализированную, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи (медицинские организации II уровня), имеющие в своей структуре круглосуточные койки в структуре кардиологического или терапевтического отделения для лечения пациентов с ХСН.

7. Основные функции кардиологического или терапевтического отделения для лечения пациентов с ХСН:

организация оказания медицинской помощи в соответствии с Клиническими рекомендациями «Хроническая сердечная недостаточность», одобренными Научно-практическим Советом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2020 г. Порядком оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и стандартом медицинской помощи взрослым при хронической сердечной недостаточности (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение), утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 апреля 2022 г. № 272н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при хронической сердечной недостаточности (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)» и настоящим Положением.

использование в своей деятельности всех лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений медицинской организации, на базе которой они созданы (в том числе тест с шестиминутной ходьбой, электрокардиографию, суточное мониторирование электрокардиограммы и артериального давления, ультразвуковое исследование, включая трансторакальную эхокардиографию, рентгенографию и/или компьютерную томографию органов грудной клетки, лабораторные обследования);

выявление пациентов с ХСН, определение этиологии ХСН, постановка диагноза;

стратификация риска и оценка факторов риска прогрессирования ХСН и устранение обратимых факторов;

разработка плана ведения (подбор терапии, титрование доз до оптимальных);

оказание консультативной и лечебно-профилактической помощи пациентам с ХСН, в том числе, при наличии медицинских показаний, телемедицинского консультирования между специалистами амбулаторного и стационарного звена, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ХСН;

организация оказания медицинской помощи в мультидисциплинарной команде специалистов с привлечением по потребности врачей специалистов, в том числе пульмонолога, нефролога, эндокринолога, гастроэнтеролога, невролога, гериатра, психолога, реабилитолога, диетолога, онколога, врача по функциональной диагностике, сердечно-сосудистого хирурга, врача по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению, специалиста по программированию электрофизиологических устройств;

осуществление преемственности между амбулаторным и стационарным этапами для передачи медицинских данных о пациенте;

проведение профилактических мероприятий, просветительской работы по формированию здорового образа жизни, обучение пациентов с ХСН навыкам самоконтроля показателей состояния здоровья для пациентов с ХСН, в соответствии с Методическими рекомендациями;

обсуждение с пациентом (законными представителями) вариантов высокотехнологичной медицинской помощи (в том числе эндоваскулярных, электрофизиологических, кардиохирургических методов лечения, трансплантации сердца);

обсуждение с пациентом (законными представителями) показаний к паллиативной помощи;

проведение физической реабилитации пациентов с СН;

мониторинг и анализ летальности от ХСН;

отбор и подготовка пациентов с ХСН для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;

использование чек-листов для выявления пациентов с высоким риском развития ХСН или ее осложнений, в соответствии с Методическими рекомендациями;

организация образовательных мероприятий с медицинским персоналом; по программе дополнительного профессионального образования по ХСН.

III. Медицинские организации, подведомственные Министерству здравоохранения Республики Мордовия, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь (медицинские организации III уровня), имеющие в своей структуре круглосуточные койки в структуре кардиологического отделения для лечения пациентов с ХСН

8. Основные функции кардиологического отделения для лечения пациентов с ХСН:

организация оказания медицинской помощи в соответствии с Клиническими рекомендациями «Хроническая сердечная недостаточность», одобренными Научно-практическим Советом Министерства

здравоохранения Российской Федерации от 2020 г. Порядком оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и стандартом медицинской помощи взрослым при хронической сердечной недостаточности (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение), утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 апреля 2022 г. № 272н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при хронической сердечной недостаточности (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)» и настоящим Положением.

использование в своей деятельности всех лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений медицинской организации, на базе которой они созданы (в том числе рентгенэндоваскулярные диагностику и лечение, проведение кардиореспираторного тестирования, выполнение вмешательств при нарушениях ритма и проводимости (имплантация электрокардиостимуляторов, программирование имплантированных устройств, назначение и проведение интервенционного лечения пациентам с нарушениями ритма и проводимости сердца, повышенным риском развития жизнеугрожающих форм нарушений ритма и проводимости сердца, назначение и проведение эндоваскулярных и кардиохирургических методов лечения);

выявление пациентов с ХСН, определение этиологии ХСН, постановка диагноза;

стратификация риска и оценка факторов риска прогрессирования ХСН и устранение обратимых факторов;

разработка плана ведения (подбор терапии, титрование доз до оптимальных);

оказание консультативной и лечебно-профилактической помощи пациентам с ХСН, в том числе, при наличии медицинских показаний, телемедицинского консультирования между специалистами амбулаторного и стационарного звена, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ХСН;

стратификация пациентов с ХСН по риску, проведение телемедицинских консультаций по поводу сложных клинических случаев, выбора оптимальной тактики лечения с федеральными медицинскими организациями с возможностями углубленного обследования и оказания специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи пациентам с ХСН;

организация оказания медицинской помощи в мультидисциплинарной команде специалистов с привлечением по потребности врачей специалистов, в том числе пульмонолога, нефролога, эндокринолога, гастроэнтеролога, невролога, гериатра, психолога, реабилитолога, диетолога, онколога, врача по функциональной диагностике, сердечно-сосудистого хирурга, врача по

рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению, специалиста по программированию электрофизиологических устройств;

осуществление преемственности между амбулаторным и стационарным этапами для передачи медицинских данных о пациенте;

проведение профилактических мероприятий, просветительской работы по формированию здорового образа жизни, обучение пациентов с ХСН навыкам самоконтроля показателей состояния здоровья для пациентов с ХСН, в соответствии с настоящими Методическими рекомендациями.

обсуждение с пациентом (законными представителями) вариантов высокотехнологичной медицинской помощи (в том числе эндоваскулярных, электрофизиологических, кардиохирургических методов лечения, трансплантации сердца);

обсуждение с пациентом (законными представителями) показаний к паллиативной помощи;

проведение физической реабилитации пациентов с ХСН;

мониторирование и анализ летальности от ХСН;

отбор и подготовка пациентов с ХСН для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, в том числе отбор и первичное обследование пациентов на трансплантацию сердца и наблюдение после трансплантации сердца;

организация образовательных мероприятий с медицинским персоналом; по программе дополнительного профессионального образования по ХСН;

использование чек-листов для выявления пациентов с высоким риском развития ХСН или ее осложнений (Приложение 1);

использование чек-листов для оценки функционального статуса, проводимой терапии, своевременного отбора на трансплантацию сердца, дневников для пациентов с ХСН, в соответствии с Методическими рекомендациями.

Приложение 1

Группы риска развития СН и возможные диагностические методы раннего выявления

Заболевание/состояние	Необходимое обследование/диагностические процедуры/шкалы
Возраст ≥ 75 лет	Физикальное обследование (выявление симптомов и признаков сердечной недостаточности); Тест с 6-минутной ходьбой; Рентгенография или компьютерная томография органов грудной клетки
Семейный анамнез внезапной сердечной смерти или наследственных заболеваний сердца	
Артериальная гипертензия	
Ожирение	

Заболевание/состояние	Необходимое обследование/диагностические процедуры/шкалы
Сахарный диабет	ЭКГ;
Хроническая болезнь почек С3-С5 стадий	Стандартное лабораторное обследование;
Ишемическая болезнь сердца, перенесенный инфаркт миокарда	Определение уровня BNP/NT-proBNP
Семейные кардиомиопатии (гипертрофическая, дилатационная, рестриктивная, аритмогенная дисплазия ПЖ, некомпактный миокард ЛЖ)	Выполнение эхокардиографии: фокусной или развернутой (ФВ ЛЖ, ИОЛП, ИММЛЖ, параметры диастолической функции) — При сохраненной ФВ ЛЖ — использование шкал оценки вероятности (H2FPEF [21], ESC HFA-PEFF [22])
Приобретенные кардиомиопатии: миокардиты, воспалительная кардиомиопатия, иммунные, токсические (в т.ч. химиотерапия, алкоголь)	— К онсультация других специалистов (при необходимости и для исключения другой патологии)
Перипартальная кардиомиопатия	— Д ополнительное обследование (стресс-тесты, ЧПЭхоКГ, КАГ, КТ, МРТ, ПЭТ)
Инфильтративные заболевания: амилоидоз, гемохроматоз, гликогенозы, злокачественные заболевания	
Клапанные заболевания сердца, оперативное лечение пороков сердца в анамнезе	
Болезни эндокарда	
Болезни перикарда	
Врожденные пороки сердца	
Аритмии, нарушения проводимости	
Кардиомегалия по данным рентгенографии органов грудной клетки	
Перегрузка объемом	

Сокращения: ИММЛЖ — индекс массы миокарда левого желудочка, ИОЛП — индекс объема левого предсердия, КАГ — коронарная ангиография, КТ — компьютерная томография, ЛЖ — левый желудочек, МРТ — магнитно-резонансная томография, ПЖ — правый желудочек, ПЭТ — позитронно-эмиссионная томография, ФВ — фракция выброса, ЧПЭхоКГ — чреспищеводная эхокардиография, ЭКГ — электрокардиография, BNP — мозговой натрийуретический пептид, NT-proBNP — N-концевой предшественник мозгового натрийуретического пептида.

Для проведения отдельных видов диагностических исследований проводится ТМК со специалистами кардиологического кабинета ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная

клиническая больница», уточняется дата и время проведения исследования. При необходимости проведения исследований в ФЦ проводится очная/заочная ТМК с ФЦ.

9. Основные задачи среднего медицинского персонала (медсестры кабинета ХСН) при ведении пациентов с хронической сердечной недостаточностью на амбулаторном этапе:

ведение медицинской документации;

регулярный телефонный опрос всех пациентов с ХСН в данной медицинской организации;

уведомление врача кабинета ХСН о необходимости назначения актива на дом в ближайшее время при выявлении показаний;

ведение базы данных;

контроль выполнения индивидуального плана пациента, организация и проведение школ, циклов физической реабилитации;

патронаж маломобильных пациентов на дому;

контроль выполнения лабораторных, инструментальных показателей, графика проверки работы имплантированных устройств (электрокардиостимулятор, кардиовертер-дефибриллятор, ресинхронизирующее устройство и др.), консультаций врачей смежных специальностей, графика вакцинации, рекомендованных в карте пациента кабинета ХСН;

консультирование пациента и его окружения по образу жизни, диете и водно-солевому режиму пациента с сердечной недостаточностью;

подготовка пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам (физическая реабилитация, нагрузочное тестирование, Холтеровское мониторирование ЭКГ и т.д.);

проведение школ для больных с ХСН, мероприятий по сохранению и улучшению качества жизни пациентов.

Образовательные мероприятия и школы для пациентов с ХСН проводятся врачом /медсестрой кабинета ХСН согласно графику не реже 1 раза/3 месяца.

Контроль качества оказания медицинской помощи проводится на регулярной основе путем анализа отчетных форм кабинетов ХСН, проведения ВКС с МО, оказывающими медицинскую помощь данной категории пациентов.

3.5. Регламент маршрутизации пациентов с острым аортальным синдромом.

Перечень медицинских организаций Республики Мордовия, участвующих в маршрутизации пациентов с острым аортальным синдромом

1. ГБУЗ Республики Мордовия «Ардатовская районная больница имени доктора Святителя Луки (Войно-Ясенецкого)»;
2. ГБУЗ Республики Мордовия «Атяшевская районная больница»;
3. ГБУЗ Республики Мордовия «Дубенская районная больница»;

4. ГБУЗ Республики Мордовия «Комсомольская центральная районная больница»;
5. ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская центральная районная больница»;
6. ГБУЗ Республики Мордовия «Старошайговская районная больница имени Н.К. Якомаскина»;
7. ГБУЗ Республики Мордовия «Ковылкинская центральная районная больница»;
8. ГБУЗ Республики Мордовия «Краснослободская центральная районная больница»;
9. ГБУЗ Республики Мордовия «Торбеевская центральная районная больница»;
10. ГБУЗ Республики Мордовия «Зубово-Полянская районная больница».

В маршрутизации пациентов с острым аортальным синдромом в республике Мордовия участвует ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница», в структуре которой имеются кардиохирургическое отделение и отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения.

Бригадой скорой медицинской помощи ГБУЗ Республики Мордовия «Станция скорой медицинской помощи» все пациенты с острым аортальным синдромом транспортируются в ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница».

В случае диагностики острого аортального синдрома в условиях первичного сосудистого центра или другой медицинской организации республики Мордовия, срочная госпитализация в отделение реанимации интенсивной терапии для динамического наблюдения и мониторинга АД, врачом выполняется аудиоконсультация врача сердечно-сосудистого хирурга через отделение экстренной консультативной медицинской помощи с медицинской эвакуацией для транспортировки больного в ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница» для оказания специализированной помощи.

Алгоритм диагностики острого аортального синдрома в другой медицинской организации Республики Мордовия включает осмотр хирурга, кардиолога (терапевта), эхокардиоскопия (далее – ЭхоКС), цветное дуплексное сканирование (далее – ЦДС) брюшного отдела аорты, ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) брюшной полости и забрюшинного пространства.

Алгоритм оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе

Медицинская помощь пациентам с острым аортальным синдромом на догоспитальном этапе должна включать:

1) оксигенотерапию через назальный катетер/маску объемом 4–6 л/мин для достижения $SaO_2 > 90\%$ с увеличением объема при снижении показателя сатурации;

2) адекватное обезболивание с использованием опиоидных анальгетиков и бензодиазепинов внутривенно;

3) постоянный мониторинг АД с поддержанием уровня систолического артериального давления в пределах нормотензии до 100-120 мм рт. ст.;

4) исключение при подозрении на острый аортальный синдром назначения пациентам антиагрегантных препаратов группы тиенопиридинов;

5) транспортировку пациента на каталке в положении лежа с обеспечением максимального покоя и с предварительным извещением ответственного лица о предполагаемой доставке пациента с подозрением на наличие острый аортальный синдром по телефону.

Алгоритм действий персонала при поступлении пациента с аневризмой брюшной аорты в ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница» в экстренном порядке в стабильно тяжелом состоянии

1) регистрация персоналом приемного отделения;

2) осмотр врача сердечно-сосудистого хирурга кардиохирургического отделения №2 в рабочее время;

3) осмотр дежурного хирурга в нерабочее время;

4) сбор жалоб, анамнеза заболевания, физикальное обследование;

5) общий анализ крови, коагулограмма, биохимический анализ крови, группа крови, резус-фактор;

6) ЭКГ;

7) УЗИ органов брюшной полости (комплексного) и ультразвукового дуплексного сканирования (далее – УЗДС) аорты;

8) осмотр врача-терапевта приемного отделения;

9) компьютерно-томографическая ангиография (далее – КТА) брюшной аорты;

10) госпитализация в отделение анестезиологии и реанимации для мониторинга, проведения гипотензивной терапии, подготовки на оперативное лечение;

11) оперативное лечение.

При стабильном состоянии пациента вышеуказанные пункты выполняются в соответствующем порядке.

Алгоритм действий персонала при поступлении пациента с аневризмой брюшной аорты в ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница» в экстренном порядке в состоянии шока:

1) регистрация персоналом приемного отделения;

- 2) осмотр врача сердечно-сосудистого хирурга кардиохирургического отделения №2 в рабочее время;
- 3) осмотр дежурного хирурга в нерабочее время;
- 4) сбор жалоб, анамнеза заболевания, физикальное обследование;
- 5) общий анализ крови, коагулограмма, биохимический анализ крови, группа крови, резус-фактор;
- 6) компьютерно-томографическая ангиография (КТА) брюшной аорты;
- 7) транспортировка в операционный блок в сопровождении врача анестезиолога-реаниматолога.

После госпитализации пациента в ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница» в случае необходимости консультации медицинской организации федерального уровня, врач сердечно-сосудистый хирург направляет выписку на экстренную телемедицинскую консультацию.

После выполнения кардиохирургических вмешательств с протезированием клапанов ДН осуществляется врачом-кардиологом и (при наличии) организуется наблюдение в кабинете антикоагулянтной терапии (см. соответствующий раздел).

3.6. Регламент маршрутизации пациентов с острой ишемией конечностей.

Перечень медицинских организаций Республики Мордовия, участвующих в маршрутизации пациентов с острой ишемией конечностей

1. ГБУЗ Республики Мордовия «Ардатовская районная больница имени доктора Святителя Луки (Войно-Ясенецкого)»;
2. ГБУЗ Республики Мордовия «Атяшевская районная больница»;
3. ГБУЗ Республики Мордовия «Дубенская районная больница»;
4. ГБУЗ Республики Мордовия «Комсомольская центральная районная больница»;
5. ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская центральная районная больница»;
6. ГБУЗ Республики Мордовия «Старошайговская районная больница имени Н.К. Якомаскина»;
7. ГБУЗ Республики Мордовия «Ковылкинская центральная районная больница»;
8. ГБУЗ Республики Мордовия «Краснослободская центральная районная больница»;
9. ГБУЗ Республики Мордовия «Торбеевская центральная районная больница»;
10. ГБУЗ Республики Мордовия «Зубово-Полянская районная больница».

В маршрутизации пациентов с острой ишемией конечностей в республике Мордовия участвует ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская

республиканская центральная клиническая больница», в структуре которой имеются кардиохирургическое отделение и отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения.

Бригадой скорой медицинской помощи ГБУЗ Республики Мордовия «Станция скорой медицинской помощи» все пациенты с острой ишемией конечностей доставляются в ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница».

С муниципальных районов Республики Мордовия пациенты доставляются в хирургическое отделение районных и центральных районных больниц, выполняется ЦДС периферических сосудов конечностей, осмотр хирурга, после постановки диагноза острой ишемии конечностей, выполняется аудиоконсультация врача сердечно-сосудистого хирурга через отделение экстренной консультативной медицинской помощи с медицинской эвакуацией для транспортировки больного в ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница» для оказания специализированной помощи. В том случае если больной нетранспортабельный, оперативное лечение выполняется на месте врачом сердечно-сосудистым хирургом отделения экстренной консультативной медицинской помощи с медицинской эвакуацией.

Алгоритм диагностики в хирургическом стационаре ЦРБ включает осмотр хирурга, ЦДС артерий конечности.

При госпитализации в ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница» определяется общий и биохимический анализы крови (с оценкой уровня лактата, креатинина, глюкозы), коагулограмму (активированное частичное тромбопластиновое время, протромбиновый индекс, фибриноген, D-димер) и газовый состав крови (при наличии показаний). УЗИ и дуплексное сканирование артерий нижних конечностей, а при необходимости – мультиспиральная компьютерная томография (далее – МСКТ) сосудов для уточнения уровня и характера окклюзии.

После госпитализации пациента в ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница», в случае необходимости консультации медицинской организации федерального уровня, врач сердечно-сосудистый хирург направляет выписку на экстренную телемедицинскую консультацию в соответствующие федеральные центры.

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

3.7. Регламент маршрутизации пациентов с тромбоэмболией легочной артерии.

Перечень МО, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с тромбоэмболией легочной артерии (далее – ТЭЛА)

Таблица. 9

Наименование МО	Зона ответственности
ГБУЗ Республики Мордовия «Комсомольская центральная районная больница»	Чамзинский, Атяшевский, Ардатовский, Большеберезниковский, Дубенский муниципальные районы
ГБУЗ Республики Мордовия «Краснослободская центральная районная больница»	Краснослободский Ельниковский, Атюрьевский, Темниковский, Теньгушевский, Ковылкинский, Кадошкинский, Торбеевский, Зубово-Полянский муниципальные районы
ГБУЗ Республики Мордовия «Ковылкинская центральная районная больница»	Ковылкинский район
ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская центральная районная больница»	Рузаевский район, Инсарский район, Кадошкинский район
ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница»	Население Республики Мордовия
ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4 »	г.о.Саранск, Кочкуровский, Лямбирский, Ромодановский, Старошайговский, Ичалковсковский Большеигнатовский районы
ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница имени С.В. Каткова	г.о.Саранск, Кочкуровский, Лямбирский, Ромодановский, Старошайговский, Ичалковсковский Большеигнатовский районы,

Скорая медицинская помощь пациентам с ТЭЛА

1. Скорая медицинская помощь пациентам с подозрением на ТЭЛА оказывается врачами и/или фельдшерами бригад скорой медицинской помощи (далее бригад – СМП), которые обеспечивают проведение мероприятий по устранению угрожающих жизни состояний, при наличии

показаний – протезирование витальных функций, выполнение электроимпульсной терапии.

1. Лечение на догоспитальном этапе осуществляется в соответствии с порядками, стандартами и клиническими рекомендациями. Ссылка на клинические рекомендации для СМП: <https://bagnenko.spb.ru/klinicheskie-rekomendaczii/>

3. Скорая медицинская помощь оказывается в экстренной и неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях. При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация.

4. При подозрении на ТЭЛА пациенты доставляются бригадой СМП в стационар в соответствии со схемой маршрутизации.

5. При выявлении на догоспитальном этапе у пациента клинических симптомов, позволяющих заподозрить ТЭЛА, бригада СМП осуществляет:

сбор анамнеза с учетом возможных предрасполагающих к ТЭЛА факторов (тромбоз вен любой локализации, беременность, длительная иммобилизация, операции, травмы, прием комбинированных оральных контрацептивов, эпизоды тромбоза любой локализации в анамнезе, наличие онкологических заболеваний);

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

регистрацию ЭКГ (обращать внимание на наличие признаков перегрузки правых отделов: полная или неполная блокада ПНПГ, синусовая тахикардия, S1Q3T3-паттерн, предсердные и желудочковые нарушения ритма);

определение клинической вероятности ТЭЛА с использованием шкалы Geneva (в соответствии с Приложение № 1 к Регламенту маршрутизации пациентов с ТЭЛА Методических рекомендаций «Региональный порядок маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Республике Мордовия»).

6. Бригада СМП оказывает неотложную медицинскую помощь в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1126н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при легочной эмболии» (при отсутствии противопоказаний к приему препаратов):

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

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

купирование опасных для жизни аритмий;

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

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

7. При транспортировке пациента с ТЭЛА в тяжелом клиническом состоянии бригада СМП заблаговременно предупреждает врача приемного отделения дежурного стационара.

8. При невозможности стабилизации гемодинамики, риске смерти в машине СМП, пациент госпитализируется в ближайшую медицинскую организацию, имеющую в своей структуре реанимационно-анестезиологическое отделение (далее РАО), в штатную численность которой входят врачи реаниматологи-анестезиологи.

9. Медицинская эвакуация пациентов из районов осуществляется силами бригад СМП с обязательным сопровождением врача реаниматолога, бригадами отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации с функцией оперативно-диспетчерской службы ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница».

Порядок обследования и лечения пациентов с ТЭЛА в стационаре

1. Для постановки диагноза ТЭЛА необходимо выявить:

характерные жалобы;

клинические признаки, типичные для ТЭЛА;

оценка клинической вероятности (предтестовой) наличия тромбоэмболии легочной артерии с использованием шкалы Geneva или шкала Wells (Приложение 1, 3 к Регламенту маршрутизации пациентов с ТЭЛА);

повышение уровня Д-димера (более информативен отрицательный результат теста, который исключает диагноз ТЭЛА);

соответствующие структурные изменения сердца (признаки перегрузки правых отделов сердца по ЭКГ и ЭХО-КГ);

ультразвуковое исследование глубоких вен нижних конечностей (как наиболее частый источник венозной тромбоэмболии – далее ВТЭ);

для определения прогностического риска 30-дневной смерти использование шкалы PESI или sPESI (Приложение 2 к Регламенту маршрутизации пациентов с ТЭЛА Методических рекомендаций «Региональный порядок маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Республике Мордовия»).

2. При развитии клинических симптомов ТЭЛА у пациентов, находящихся на лечении в стационарах, пациенту проводится определение риска госпитальной тромбоэмболии (шкала IMPRUVe, в соответствии с Приложением 4 к Регламенту маршрутизации пациентов с ТЭЛА Методических рекомендаций «Региональный порядок маршрутизации

пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Республике Мордовия)), компьютерная ангиография легочных артерий и перевод в палату/отделение реанимации и интенсивной терапии.

3. Лечение тромбоэмболии легочной артерии осуществляется согласно действующим клиническим рекомендациям. – ссылка на клинические рекомендации - <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

При наличии показаний к проведению специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с ТЭЛА пациенты из кардиологического отделения на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Краснослободская центральная районная больница», из терапевтического отделения на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Ковылкинская центральная районная больница», из кардиологического отделения на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Комсомольская центральная районная больница», из кардиологического отделения на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская центральная районная больница» после предварительного оповещения, переводятся в ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница».

При наличии острых тромбозов вен н/конечностей у пациентов с тромбоэмболией легочной артерии пациенты из ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница имени С.В. Каткова», ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4» после предварительного оповещения переводятся в ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница».

Транспортировка пациентов в медицинские организации, производится врачебными бригадами СМП медицинских организаций, ГБУЗ Республики Мордовия «Станция скорой медицинской помощи», бригадами отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации с функцией оперативно-диспетчерской службы ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница».

В процессе диспансерного наблюдения через 6 месяцев после перенесенного эпизода ТЭЛА пациенту должна быть проведена эхокардиография. При сохранении/нарастании у пациента признаков легочной гипертензии и изменений правых отделов сердца – КТ-ангиография легочных артерий, консультация кардиолога кардиологического кабинета ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница».

При выявлении у пациента впервые УЗ-признаков значительной легочной гипертензии, трикуспидальной недостаточности, пациенты направляются на консультацию к кардиологу кардиологического кабинета ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница».

При наличии показаний к специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с ТЭЛА, легочной гипертензией,

соответствующие документы направляются на заочную/очную ТМК с соответствующими федеральными центрами.

Реабилитационные мероприятия осуществляются согласно общей части Регионального порядка.

Приложение 1
к Регламенту маршрутизации пациентов с ТЭЛА
Методических рекомендаций «Региональный
порядок маршрутизации пациентов
с сердечно-сосудистыми заболеваниями
в Республике Мордовия»

**Пересмотренная шкала Geneva клинической оценки
вероятности легочной эмболии (далее – ЛЭ)**

Параметры	Баллы	
	Оригинальная версия	Упрощенная версия
Анамнез ЛЭ или тромбоза глубоких вен (далее – ТГВ)	3	1
Частота сердечных сокращений 75-94 уд./мин ≥95 уд./мин	3	1
	5	2
	2	1
Хирургия или перелом за последний месяц	2	1
Кровохарканье	2	1
Односторонняя боль в конечности	3	1
Боль в нижней конечности при пальпации и односторонний отек	4	1
Возраст более 65 лет	1	1
Клиническая вероятность		
<i>Трехуровневая шкала</i>		
Низкий риск	0-3	0-1
Промежуточный риск	4-10	2-4
Высокий риск	≥11	≥5
<i>Двухуровневая шкала</i>		
ЛЭ маловероятна	0-5	0-2
ЛЭ вероятна	≥6	≥3

Приложение 2
к Регламенту маршрутизации пациентов с ТЭЛА
Методических рекомендаций «Региональный
порядок маршрутизации пациентов
с сердечно-сосудистыми заболеваниями
в Республике Мордовия»

**Оригинальный и упрощенный индекс тяжести
легочной эмболии PESI**

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

Примечание: * основан на сумме баллов;
Сокращения: АД – артериальное давление, ДИ – доверительный интервал.

Приложение 3
к Регламенту маршрутизации пациентов с ТЭЛА
Методических рекомендаций «Региональный
порядок маршрутизации пациентов
с сердечно-сосудистыми заболеваниями
в Республике Мордовия»

Шкала WELLS

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

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

Баллы: 0

Вероятность возникновения:

Низкая — 0-1

Промежуточная — 2-6

Высокая — ≥ 7

Приложение 3
к Регламенту маршрутизации пациентов с ТЭЛА
Методических рекомендаций «Региональный
порядок маршрутизации пациентов
с сердечно-сосудистыми заболеваниями
в Республике Мордовия»

Шкала IMPROVE

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

-
- Венозные тромбоэмболические осложнения в анамнезе
 - Известная тромбофилия (дефицит протеина С или S, фактор V Лейден, волчаночный антикоагулянт)
 - Парез или паралич нижних конечностей
 - Злокачественное новообразование (кроме не меланомы кожи) в любое время последние 5 лет
 - Пребывание в отделении (блоке) интенсивной терапии
 - Полная иммобилизация ≥ 7 дней (нахождение в кровати или на стуле с выходом в туалет или без него)
 - Возраст >60 лет

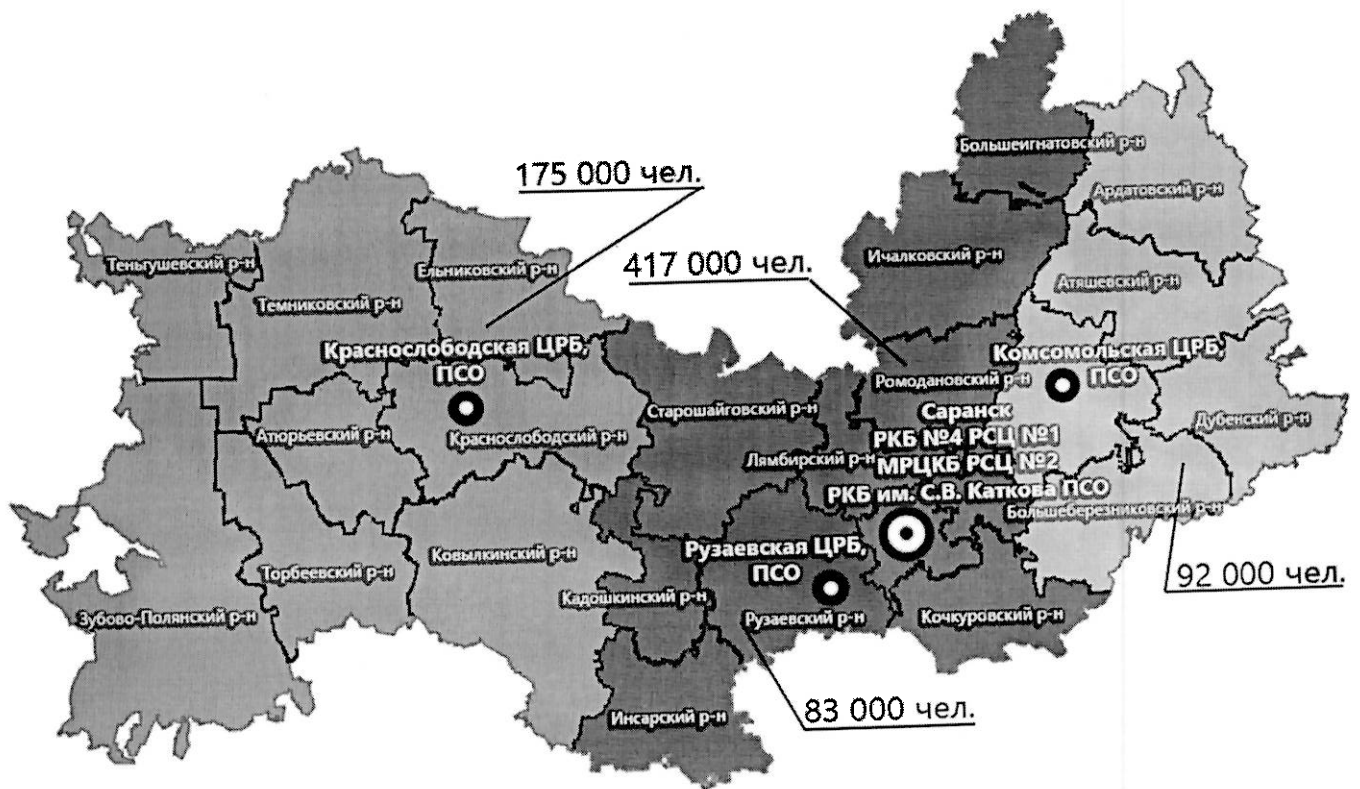
Баллы: 0

Умеренный риск при сумме баллов **2-3**

Высокий риск при сумме баллов ≥ 4

4.8. Регламент маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения

Карта-схема маршрутизации пациентов с ОНМК в региональные сосудистые центры и первичные сосудистые отделения медицинских организаций по территориальной закрепленности на территории Республики Мордовия



Сведения о Региональных сосудистых центрах и первичных сосудистых отделениях, расположенных на территории Республики Мордовия

ПСО и РСЦ	Режим работы, арал обслуживания, численность населения	Среднее время медицинской эвакуации в зоне ответственности, способ госпитализации	КТ	МРТ	Ангиографическая установка	Количество реанимационных коек для больных с ОНМК	Количество неврологических коек для больных с ОНМК	Специализированные отделения (кол-во коек)	ОМР для пациентов с заболеваниями ЦНС (кол-во коек)
РСЦ №1 ГБУЗ Республики Мордовия «РКБ №4» Республика Мордовия, г. Саранск, ул. Ульянова, д. 32, +7(8342)3 3-42-90	24/3 Пн, Чт, г.о. Саранск, Старошайговский район, Лямбирский район, Ромодановский район, Большеегнатовский район, Ичалковский район, Кочкуровский район, 417000 человек Сб. г.о. Саранск (за искл. Ленинского	30 минут приёмное отделение	1) GE Medical Systems, LLS, США, 128 срезов ангиографическое и перфузионное исследование # 2) Access СТ, КНР, Philips	Achieva Intera 1,5 T, Philips Medical Systems Nederland Ангиографическое исследование	2 в одном корпусе	9 для больных с ОНМК	26 для больных с ОНМК	Нейрохирургическое отделение - 15 (ревазкуляризирующие операции на БЦА, операции по поводу геморрагического инсульта, аневризм головного	15

ПСО и РСЦ	Режим работы, ареал обслуживания, численность населения	Среднее время медицинской эвакуации в зоне ответственности, способ госпитализации	КТ	МРТ	Ангиографическая установка новка	Количество реанимационных коек для больших с ОНМК	Количество неврологических коек для больших с ОНМК	Специализированные отделения (кол-во коек)	ОМП для пациентов с заболеваниями ЦНС (кол-во коек)
	района, Старошайговский район, Лямбирский район, Ромодановский район, Большеигнатовский район, Ичалковский район, Кочуровский район, 307000 человек		Healthcare (Suzhou) Co, 32 среза					Мозга, артериовенозных мальформаций, каверном головного мозга)	

ПСО и РСЦ	Режим работы, ареал обслуживания, численность населения	Среднее время медицинской эвакуации в зоне ответственности, способ госпитализации	КТ	МРТ	Ангиографическая установка новка	Количество реанимационных коек для больных с ОНМК	Количество неврологических коек для больных с ОНМК	Специализированные отделения (кол-во коек)	ОМП для пациентов с заболеваниями ЦНС (кол-во коек)
РСЦ №2 ГБУЗ Республики Мордовия «МРЦКБ» Республика Мордовия, г. Саранск ул. Победы, д. 14 +7(8342) 760004	24/3 Ср, Пт, Вс г.о. Саранск (за искл. Ленинского района), Старошайговский район, Лямбирский район, Ромодановский район, Большеигнаговский район, Ичалковский район, Кочкуровский район, 307000 человек	30 минуя приёмное отделение	1) Brait Speed GE, 16 срезов ангиографическое исследование # 2) «Optima 660» GE, 64 среза ангиографическое и перфузионное исследование	«Optima 360» GE 1,5 Т ангиографическое и перфузионное исследование	3 в одном корпусе	9 для больных с ОНМК	30 для больных с ОНМК	Нейрохирургическое отделение - 40 (операции по поводу геморрагического инсульта) кардиохирургическое отделение - 30 (реконструктивные и реваскуляризирующие	15

<p>ПСО и РСЦ</p>	<p>Режим работы, ареал обслуживания, численность населения</p>	<p>Среднее время медицинской эвакуации в зоне ответственности, способ госпитализации</p>	<p>КТ</p>	<p>МРТ</p>	<p>Ангиографическая уставка новка</p>	<p>Количество реанимационных коек для больных с ОНМК</p>	<p>Количество неврологических коек для больных с ОНМК</p>	<p>Специализированные отделения (кол-во коек)</p>	<p>ОМР для пациентов с заболеваниями ЦНС (кол-во коек)</p>
								<p>операции на БЦА)</p> <p>отделение РХМДил (реваскуляризирующие операции на БЦА)</p>	

ПСО и РСЦ	Режим работы, ареал обслуживания, численность населения	Среднее время медицинской эвакуации в зоне ответственности, способ госпитализации	КТ	МРТ	Ангиографическая установка	Количество реанимационных коек для больных с ОНМК	Количество неврологических коек для больных с ОНМК	Специализированные отделения (кол-во коек)	ОМР для пациентов с заболеваниями ЦНС (кол-во коек)
ПСО ГБУЗ Республикой Мордовия «РКБ имени С.В. Каткова	24/5 Вт, Ср, Пт, Сб, Вс Ленинский район г.о. Саранск, 110000 Вт. Старошайговский район, Лямбирский район, Ромодановский район, Большеигнатовский район, Ичалковский район, Кочкуровский район, 417000 человек	30 минут приёмное отделение	Siemens Healthineers Somatom go.Up, 64 среза ангиографическое исследование	нет	нет	5	30	нет	15

ПСО и РСЦ	Режим работы, ареал обслуживания, численность населения	Среднее время медицинской эвакуации в зоне ответственности, способ госпитализации	КТ	МРТ	Ангиографическая установка новка	Количество реанимационных коек для больных с ОНМК	Количество неврологических коек для больных с ОНМК	Специализированные отделения (КОЛ-ВО коек)	ОМР для пациентов с заболеваниями ЦНС (КОЛ-ВО коек)
ПСО ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская ЦРБ» Республика Мордовия, г. Рузаевка, ул. Маяковского, д.90 +7(83451) 25485	24/7 Рузаевский район, Инсарский район, Кадошкинский район 63000 человек	30 минуя приёмное отделение	КТ Siemens Healthineers Somatom go.Now, 16 срезов ангиографическое исследование	нет	нет	3	20	нет	нет
ПСО ГБУЗ Республики Мордовия, г. Рузаевка, ул. Маяковского, д.90 +7(83451) 25485	24/7 Чамзинский район, Дубенский район	45 минуя	1) Toshiba Aquilion, 16 срезов	нет	нет	6	24	нет	нет

ПСО и РСЦ	Режим работы, ареал обслуживания, численность населения	Среднее время медицинской эвакуации в зоне ответственности, способ госпитализации	КТ	МРТ	Ангиографическая установка новка	Количество реанимационных коек для больных с ОНМК	Количество неврологических коек для больных с ОНМК	Специализированные отделения (кол-во коек)	ОМП для пациентов с заболеваниями ЦНС (кол-во коек)
лики Мордовия «Комсомольская ЦРБ» Республика Мордовия, Чамзинский район, с. Комсомольское, ул.Лесная, д. 4 +7(83437) 33335	район, Березниковский район, Атяшевский район, Ардатовский район 92000 человек	приёмное отделение	2) Siemens Healthineers, Somatom go.Up, 64 среза ангиографическое исследование						
ПСО ГБУЗ	24/7 Краснослобод-	45	1) Philips Access CT,	нет	нет	6	24	нет	нет

<p>ПСО и РСЦ</p>	<p>Режим работы, ареал обслуживания, численность населения</p>	<p>Среднее время медицинской эвакуации в зоне ответственности, способ госпитализации</p>	<p>КТ</p>	<p>МРТ</p>	<p>Ангиографическая установка новка</p>	<p>Количество реанимационных коек для больных с ОНМК</p>	<p>Количество неврологических коек для больных с ОНМК</p>	<p>Специализированные отделения (кол-во коек)</p>	<p>ОМП для пациентов с заболеваниями ЦНС (кол-во коек)</p>
<p>«Республиканский госпиталь» Республика Мордовия, г. Саранск, ул. Розы Люксембург, д. 11а (8342) 32-18-75</p>									

Перечень учреждений, участвующих в маршрутизации

1. Региональный сосудистый центр №1 на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница № 4», зона ответственности: г.о. Саранск, Кочкуровский, Лямбирский, Старошайговский, Ромодановский, Ичалковский, Большеигнатовский муниципальные районы;

2. Региональный сосудистый центр №2 на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница», зона ответственности: г.о. Саранск, Кочкуровский, Лямбирский, Старошайговский, Ромодановский, Ичалковский, Большеигнатовский муниципальные районы;

3. Первичное сосудистое отделение на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница им. С.В. Каткова», зона ответственности: г.о. Саранск, Кочкуровский, Лямбирский, Старошайговский, Ромодановский, Ичалковский, Большеигнатовский муниципальные районы;

4. Первичное сосудистое отделение на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Краснослободская центральная районная больница» зона ответственности: Краснослободский, Ельниковский, Темниковский, Теньгушевский, Торбеевский, Зубово-Полянский, Атюрьевский, Ковылкинский муниципальные районы;

5. Первичное сосудистое отделение на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Комсомольская центральная районная больница», зона ответственности: Чамзинский, Атяшевский, Ардатовский, Большеберезниковский, Дубенский муниципальные районы;

6. Первичное сосудистое отделение на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская центральная районная больница», зона ответственности: Рузаевский, Кадошкинский, Инсарский муниципальные районы»;

7. ГБУЗ Республики Мордовия «Станция скорой медицинской помощи», зона ответственности – вся территория Республики Мордовия.

Алгоритм действий на догоспитальном этапе

Бригадами СМП оказывается приоритетная очередность выездов на пациентов с ОНМК.

По прибытию бригада СМП производит следующие действия:

сбор жалоб и анамнеза, оценка времени от начала заболевания;

физикальный осмотр (при цифрах АД > 220/110 мм рт. ст. – снижение не более чем на 15% от исходного, при цифрах АД < 220/110 мм рт. ст. – рутинное снижение АД не показано);

оценка неврологического дефицита по шкале LAMS;

Проведение следующих мероприятий не должно задерживать транспортировку пациента в стационар и проводится в машине СМП:

исследование уровня глюкозы в капиллярной крови;

регистрация ЭКГ;

уведомление сотрудником бригады СМП, непосредственно производящим транспортировку больного, врача-невролога принимающей медицинской организации:

Приемное отделение РСЦ №1 на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница № 4» – 8(8342)334292;

приемное отделение РСЦ №2 на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница» – 8(8342)245491;

приемное отделение ПСО на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница имени С.В.Каткова» – 8(8342)474778;

приемное отделение ПСО на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Комсомольская ЦРБ» – 8(83437)36182;

приемное отделение ПСО на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Краснослободская ЦРБ» – 8(83443)30167;

приемное отделение ПСО на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская ЦРБ» – 8(83451)25419.

установка кубитального венозного катетера (диаметр катетера должен быть пригоден для проведения контрастного усиления при КТ/МРТ) – размером 18-20G (зеленая или розовая цветовая маркировка);

при поступлении пациента в принимающую медицинскую организацию транспортировка в кабинет КТ/МРТ или в специализированный смотровой кабинет.

Алгоритм действий на госпитальном этапе

1. Врач-невролог и реаниматолог прибывают в приёмное отделение до прибытия пациента при своевременном информировании бригадой скорой медицинской помощи;

2. Врач-невролог собирает анамнез, проводит первичный осмотр, оценивает общее состояние (шкала комы Глазго, шкала комы FOUR, RASS, шкала инсульта NIHSS, модифицированная шкала Рэнкина, индекс мобильности Ривермид, визуально-аналоговая шкалы боли (ВАШ), функций и мышечного тонуса по шкалам MRC и Ашфорт), скрининг питательного статуса (NRS 2002)), ABCD2 у пациентов с ТИА;

3. Реаниматолог выполняет мероприятия по восстановлению ЖВФ при необходимости;

4. Врач-рентгенолог обеспечивает выполнение нейровизуализации (КТ или МРТ) всем пациентам с признаками ОНМК при поступлении, с оценкой по ASPECTS. (результаты должны быть готовы не позднее 40 мин от момента поступления в приемное отделение);

5. Регистрация ЭКГ с последующей консультацией дежурным терапевтом (кардиологом);

6. Если на нейровизуализации признаки ишемического инсульта - оценка показаний/противопоказаний к проведению реперфузии/этапной реперфузии (в/в системного тромболизиса (#альтеплаза, #рекомбинантный белок, содержащий аминокислотную последовательность стафилокиназы,

#тенектеплаза) и тромбоэкстракции/тромбоаспирации). Показания/противопоказания для проведения системной тромболитической терапии оцениваются врачом-неврологом:

6.1. Если с момента начала развития симптомов прошло 0-4,5 часов – введение тромболитика в кабинете КТ/МРТ;

6.2. Если с момента начала развития симптомов прошло 4,5-9 часов или «инсульт пробуждения»/«инсульт с неизвестным началом» (в течение 9 часов от середины периода сна ИЛИ в течение 12 часов от момента последнего контакта) – у пациентов с уровнем доинсультной инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина 0-2 балла вне зависимости от причин инвалидизации – проведение МРТ головного мозга с целью выявления DWI/FLAIR несоответствия (выявление очага на МРТ в режиме DWI и его отсутствие на МРТ в режиме FLAIR) – с целью расширения терапевтического окна – решением ВК проведение в/в системного тромболизиса;

7. Проведение КТ-ангиографии БЦА или МР-ангиографии БЦА (3D-TOF), ожидание результатов содержания мочевины и креатинина в сыворотке крови перед применением контрастного препарата не требуется;

8. После выполнения нейровизуализации КТ- или МР-ангиографии врач-невролог, врач анестезиолог-реаниматолог, врач, специализирующийся на рентгенэндоваскулярных методах диагностики и лечения (далее – врач РХМДиЛ) оценивают соответствие пациента следующим критериям отбора для проведения эндоваскулярного вмешательства:

а) сумма баллов по модифицированной шкале Рэнкина до настоящего инсульта 0-2;

б) инфаркт-связанная окклюзия внутренней сонной артерии или проксимальных отделов средней мозговой артерии (M1, M2 сегменты);

в) возраст ≥ 18 лет;

г) соответствие неврологического дефицита по шкале инсульта NIHSS ≥ 6 баллов;

д) количество баллов по шкале ASPECTS ≥ 6 ;

е) начало эндоваскулярного лечения не позднее 6 часов от развития симптомов ИЛИ не позднее 16 часов при выявлении DWI/FLAIR несоответствия / при объеме ядра ишемии по результатам КТ-перфузии с автоматическим подсчетом менее 70 мл, имеющим отношение объемов зоны снижения перфузии к объему ядра ишемии не менее 1,8 и объем зоны их несовпадения (пенумбра) не менее 15 мл.

9. при выявлении тромбоэмболической окклюзии бифуркации ОСА, экстракраниальных отделов ВСА с переходом на интракраниальные отделы ВСА, M1, M2 СМА – консультация кардиохирурга, врача ОРХМДиЛ, для решения вопроса об ангиопластике и стентировании экстракраниальных отделов с последующим проведением тромбоэкстракции/тромбоаспирации;

Начало эндоваскулярного вмешательства не должно быть отсрочено ожиданием эффекта от системной тромболитической терапии. При возникновении любых технических сложностей проведения КТ-ангиографии

(трудности установки внутривенного периферического катетера с большим просветом, отсутствие качественной визуализации из-за психомоторного возбуждения пациента и др.) от проведения неинвазивной ангиографии следует воздержаться в пользу скорейшего начала системного тромболизиса при наличии показаний;

10. В случае выявления окклюзии дистальных ветвей M2 сегмента средней мозговой артерии, передних мозговых артерий, позвоночных артерий, основной артерии или задних мозговых артерий возможность эндоваскулярного лечения рассматривается консилиумом врачей-специалистов (врач-невролог, врач-анестезиолог-реаниматолог, врач по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению) после всесторонней оценки соотношения риска/пользы. Время от начала заболевания до вмешательства (пункции артерии доступа) не должно превышать 16 часов;

10.1. Больным, доставленным в РСЦ №1 и РСЦ №2 у которых по заключению КТ-исследования установлены признаки геморрагического инсульта, проводится консультация дежурным нейрохирургом в срок не позднее 60 минут с момента получения результатов КТ-исследования, по итогам которой консилиумом врачей принимается решение о тактике лечения;

10.2. Больным, доставленным в ПСО Республики Мордовия, у которых по заключению КТ-исследования установлены признаки геморрагического инсульта, проводится ТМК с дежурным нейрохирургом:

РСЦ №1 на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница № 4 - понедельник, четверг, суббота каждой недели месяца;

РСЦ №2 на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница» - вторник, среда, пятница, воскресенье каждой недели месяца.

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

11. Пациентам с нетравматическими субарахноидальными кровоизлияниями, доставленным в ПСО и РСЦ №2, после проведения КТ ангиографии сосудов головного мозга, проводится телемедицинская консультация (далее – ТМК) с нейрохирургом или дежурным неврологом РСЦ №1. При наличии показаний и отсутствии противопоказаний к оперативному лечению, больные переводятся в Региональный сосудистый центр №1 на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4» (Приложение 3);

12. Госпитализация пациента в течение 40 минут в ОРИТ (в том числе пациенты с ТИА) от момента поступления в приемное отделение для базисной терапии, мониторинга жизненно-важных функций, вторичной профилактики, комплекса реабилитационно-восстановительного лечения или транспортировка в оперативный блок для проведения экстренного оперативного лечения; наблюдение пациента не реже 1 раза в 4 часа;

12. Оценка обязательных лабораторных тестов в течение 3 часов с момента поступления (Общий (клинический) анализ крови развернутый (с лейкоцитарной формулой и СОЭ); Анализ крови биохимический общетерапевтический (АЛТ, АСТ, билирубин, креатинин, мочевины, общий белок, калий, натрий); Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза (АЧТВ, МНО, фибриноген); Общий (клинический) анализ мочи);

13. Стандартизированный скрининг функции глотания в течение 3 часов от момента поступления, при дисфагии постановка назогастрального зонда, нутритивная поддержка адаптированными смесями, начало 1 этапа медицинского реабилитации в течение 48 часов от момента поступления;

14. Выполнение ЦДС БЦА и ТКДС в течение 24 часов от момента поступления в стационар;

14.1. При выявлении стеноза ВСА 50-99% по NASCET ИЛИ 75-99% по ECST – проведение КТ-ангиографии БЦА;

14.2. У пациентов при соблюдении условий: mRS 0-2 балла, область инфаркта <1/3 бассейне СМА, отсутствие нарушения сознания - консультация кардиохирурга для решения вопроса о возможности проведения ранней КЭАЭ; при несоблюдении условий – КЭАЭ отсроченно \geq 1 месяца; при наличии анатомических или медицинских условий, повышающих риск КЭАЭ – выполнение каротидной ангиопластики и стентирования;

15. Осмотр мультидисциплинарной реабилитационной команды в течение 24 часов от момента поступления (зав. отделением, лечащий врач (невролог), врач ФРМ, врач ЛФК, физиотерапевт, логопед, медицинский психолог, специалист по социальной работе); консультации специалистов (кардиолог, диетолог, клинический фармаколог);

16. В течение 48 часов от момента поступления: Анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический (общий холестерин, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП); Определение антител к антигенам вируса гепатита В (анти-НВсAg, анти-НВsAg, анти-НВсAg) в крови; Определение антител (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови; Определение антител (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (HIV 1) в крови, Определение антител (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (HIV 2) в крови; Анализ крови на РМП;

17. Оценка данных исследований, определение дальнейшей тактики ведения и патогенетического варианта инсульта по классификации SSS-TOAST;

18. По стабилизации состояния, не ранее 24 часов от момента поступления, перевод из ОРИТ в отделение неврологии для больных с ОНМК, продолжение базисной терапии, вторичной профилактики, медицинской реабилитации, проведение Эхо-КС, суточного кардиомониторинга (по показаниям);

19. Проведение контрольной КТ / МРТ головы не ранее 24 часов от поступления или в зависимости от сроков начала ОНМК;

20. определение показаний ко второму этапу реабилитации, выписке или паллиативному лечению, оценка эффективности по шкалам Рэнкин, NIHSS;

21. дальнейшая маршрутизация / транспортировка на 2 и 3 этапы реабилитации согласно ШРМ:

21.1. Пациенты перенесшие ОНМК с ШРМ 4-5 баллов из РСЦ №1 ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4» и ПСО ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская центральная районная больница» переводятся для дальнейшего лечения в реабилитационное отделение для больных с заболеваниями ЦНС ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4».

21.2. Пациенты перенесшие ОНМК с ШРМ 4-5 баллов из РСЦ №2 ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница» переводятся для дальнейшего лечения в реабилитационное отделение для больных с заболеваниями ЦНС ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница».

21.3. Пациенты перенесшие ОНМК с ШРМ 4-5 баллов из ПСО ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница им. С.В. Каткова» переводятся для дальнейшего лечения в реабилитационное отделение для больных с заболеваниями ЦНС ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница им. С.В. Каткова».

23.4. Пациенты перенесшие ОНМК с ШРМ 4-5 баллов из ПСО ГБУЗ Республики Мордовия «Комсомольская центральная районная больница» переводятся для дальнейшего лечения в реабилитационное отделение для больных с заболеваниями ЦНС ГБУЗ Республики Мордовия «Комсомольская центральная районная больница».

23.5. Пациенты перенесшие ОНМК с ШРМ 4-5 баллов из ПСО ГБУЗ Республики Мордовия «Краснослободская центральная районная больница» переводятся для дальнейшего лечения в реабилитационное отделение для больных с заболеваниями ЦНС ГБУЗ Республики Мордовия «Краснослободская центральная районная больница».

23.6. Пациенты перенесшие ОНМК с ШРМ 1-3 баллов направляются на прохождение 3 этапа реабилитации амбулаторно в МО прикрепления.

23.7. Пациенты перенесшие ОНМК с ШРМ 6 баллов и нуждающиеся в паллиативной помощи направляются в отделение паллиативной помощи на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканский кожно-венерологический диспансер».

Регламент взаимодействия медицинских организаций

Перевод пациентов с ишемическим инсультом из первичных сосудистых отделений, которым показано проведение эндоваскулярного вмешательства производится:

в Региональный сосудистый центр №1 на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница № 4», зона ответственности: г.о. Саранск, Кочкуровский, Лямбирский,

Старошайговский, Ромодановский, Ичалковский, Большеигнатовский муниципальные районы каждые понедельник, четверг, субботу каждой недели месяца;

в Региональный сосудистый центр №2 на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница», зона ответственности: г.о. Саранск, Кочкуровский, Лямбирский, Старошайговский, Ромодановский, Ичалковский, Большеигнатовский муниципальные районы каждые вторник, среду, пятницу, воскресенье каждой недели месяца;

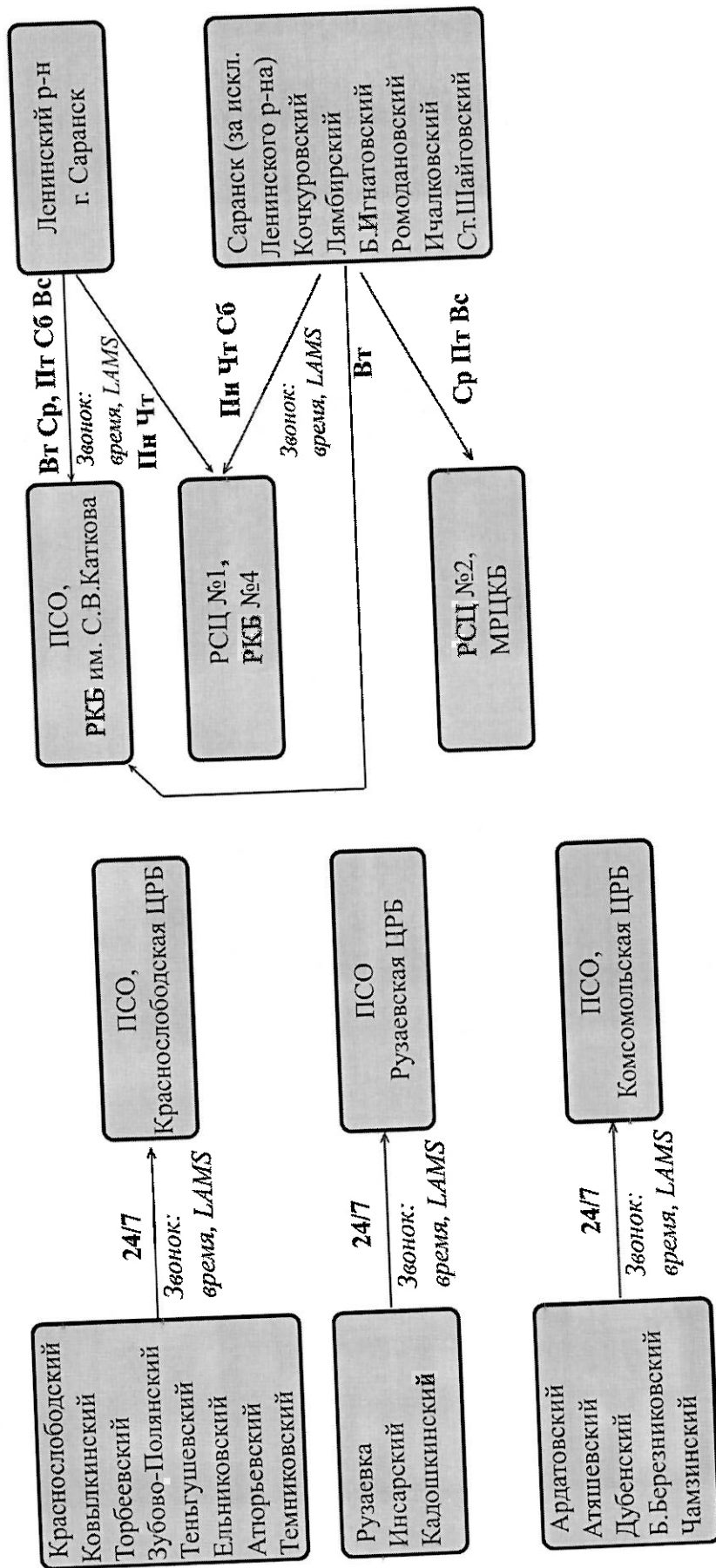
Перевод пациентов с геморрагическими формами инсультов, нуждающихся в оперативном лечении, из первичных сосудистых отделений:

в нейрохирургическое отделение Регионального сосудистого центра №1 на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4» каждые понедельник, четверг, субботу каждой недели месяца;

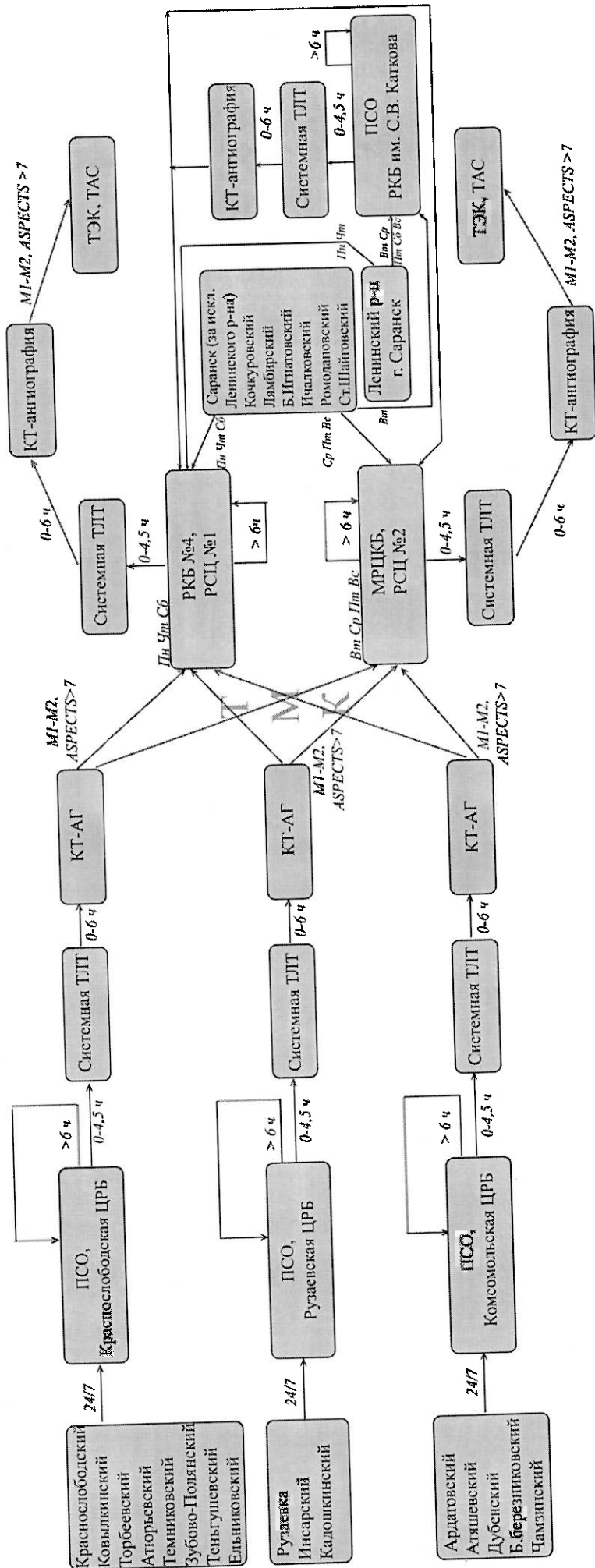
в нейрохирургическое отделение Регионального сосудистого центра №2 на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница» каждые вторник, среду, пятницу, воскресенье каждой недели месяца

Транспортировка пациентов производится врачебными бригадами скорой медицинской помощи медицинских организаций, где расположены первичные сосудистые отделения (в г.о. Саранск осуществляется врачебными бригадами скорой медицинской помощи ГБУЗ Республики Мордовия «Станция скорой медицинской помощи»), в отдельных случаях бригадами отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации с функцией оперативно-диспетчерской службы ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница».

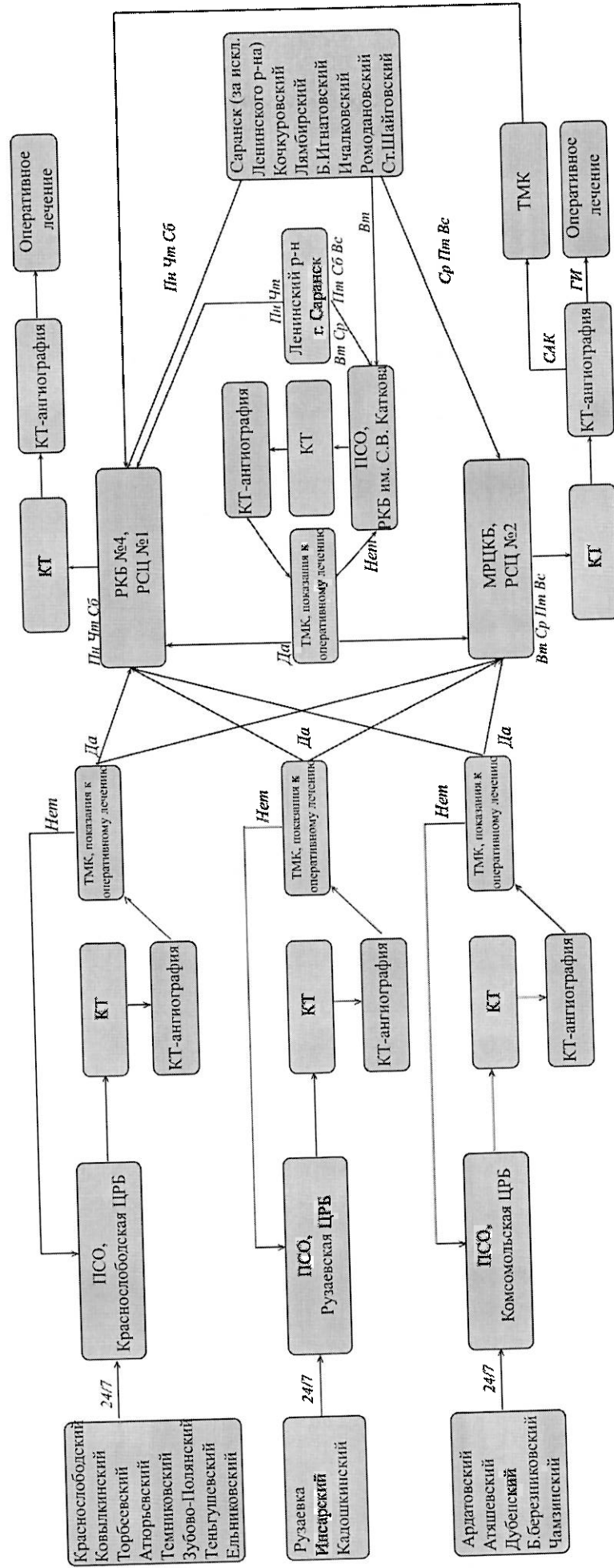
Догоспитальная маршрутизация пациентов с ОНМК



Маршрутизация пациентов с ишемическим инсультом



Маршрутизация пациентов с геморрагическим инсультом



Признак		Признак	
1. Открывание глаз		1. Глазные реакции (E)	
произвольное	4	глаза открыты, слежение и мигание по команде	4
в ответ на обычный или громкий голос	3	глаза открыты, но нет слежения	3
в ответ на надавливание на кончик ногтя	2	глаза закрыты, открываются на громкий звук, но нет слежения	2
отсутствует при воздействии звуковых и болевых стимулов, при отсутствии других факторов, затрудняющих открывание глаз	1	глаза закрыты, открываются на боль, слежения нет	1
		глаза остаются закрытыми в ответ на боль	0
присутствует фактор, мешающий открыванию глаз	оценить невозможно		
2. Двигательная реакция		2. Двигательные реакции (M)	
выполнение двухэтапного действия по инструкции врача	6	выполняет команды (знак отлично, кулак, знак мира)	4
		локализует боль	3
поднимание руки выше ключицы, когда врач надавливает на трапециевидную мышцу или надглазничную вырезку	5	сгибательный ответ на боль	2
нецеленаправленное движение в ответ на болевое раздражение	4	разгибательная поза на боль	1
быстрое сгибание руки в локтевом суставе в ответ на болевое раздражение, преобладание признаков нормального сгибания	3	нет ответа на боль или генерализованный миоклонический эпистатус	0
разгибание руки в локтевом суставе	2	3. Стволовые рефлексы (V)	
руки и ноги пациента не двигаются в ответ на болевое раздражение при отсутствии мешающих этому факторов	1	зрачковый и роговичный рефлексы сохранены	4
		один зрачок расширен и не реагирует на свет	3
наличие пареза конечностей или другого фактора, препятствующего выполнению действий	оценить невозможно	зрачковый ИЛИ роговичный рефлексы отсутствует	2

3. Словесный ответ		зрачковый и роговичный рефлексы отсутствуют	1
называет своё имя, ориентация в пространстве и времени	5	отсутствуют зрачковый, роговичный и кашлевой рефлексы	0
дезориентирован, но может свободно общаться	4	4. Дыхательный паттерн (R)	
произносит отдельные понятные слова	3	не интубирован, регулярное дыхание	4
издает нечленораздельные звуки	2	не интубирован, дыхание Чейн-Стокса	3
не издает звуков при отсутствии мешающих этому факторов	1	не интубирован, нерегулярное дыхание	2
присутствуют факторы, мешающие вербальному общению	оценить невозможно	сопротивляется аппарату ИВЛ	1
ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТА:		ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТА:	
Ясное сознание	15	Ясное сознание	16
Умеренное оглушение	14-13	Умеренное оглушение	15
Глубокое оглушение	12-11	Глубокое оглушение	13-14
Сопор	10-8	Сопор	9-12
Кома I	7-6	Кома I	7-8
Кома II	5-4	Кома II	1-6
Кома III, смерть мозга	3	Кома III, смерть мозга	0

Визуально-аналоговая шкала боли

Локализация боли	Оценка интенсивности боли по ВАШ	
	при поступлении	при выписке
Головная боль		
Боль в грудной клетке		
Боль в плече		
Боль в руке		
Боль в ноге		
Боль в шее		
Боль в низу спины		
Боль в половине тела		

Модифицированная шкала Эшворта (Ashworth, 1964) для пациентов с парезом конечностей

Описание	Балл
Нет увеличения мышечного тонуса	0
Незначительное увеличение мышечного тонуса, проявляющееся хватанием, напряжением и расслаблением при минимальном сопротивлении в конце движения, когда пораженная часть (и)	1

Описание	Балл
совершает движение в сгибателях или разгибателях	
Более заметное увеличение мышечного тонуса практически во всем объеме движения, но движение производится легко	2
Значительное увеличение мышечного тонуса, пассивные движения затруднены	3
Пораженные части ригидны при сгибании или разгибании	4

Шкала Richmond Sedation and Agitation Score (RASS)

Приложение 5

+4	Агрессия	Больной открыто агрессивен, опасен для персонала
+3	Сильное возбуждение	Больной дёргает или пытается удалить трубки, катетеры, демонстрирует агрессивность
+2	Возбуждение	Частые нецеленаправленные движения и/или десинхронизация с ИВЛ
+1	Беспокойство	Взволнован, но движения не энергичные, не агрессивные, целенаправленные
0	Спокоен и внимателен	
-1	Сонливость	Потеря внимательности, но при вербальном контакте не закрывает глаза дольше 10 секунд
-2	Лёгкая седация	При вербальном контакте закрывает глаза быстрее, чем 10 секунд
-3	Умеренная седация	Выполняет простые двигательные команды, но нет полного контакта
-4	Глубокая седация	Никакой реакции на голос, но есть какие-либо движения на физическую стимуляцию
-5	Наркоз	Никакой реакции на голос и физическую стимуляцию

Скрининг питательного статуса (NRS 2002)

Блок 1. Первичная оценка

1	Индекс массы тела менее 20,5	Да	<u>Нет</u>
2	Больной потерял массу тела за последние 3 месяца	Да	<u>Нет</u>
3	Имеется недостаточное питание за последнюю неделю	Да	<u>Нет</u>
4	Состояние больного тяжёлое (или находится в отделении реанимации и интенсивной терапии)	<u>Да</u>	Нет

если при Первичной оценке все ответы «Нет», то повторный скрининг проводится через неделю.
если при Первичной оценке хотя бы на один вопрос есть ответ «Да», то следует перейти к блоку

Блок 2. Финальная оценка

Питательный статус	
1 балл	Потеря массы более 5% за последние 3 месяца или потребление пищи в объёме 50-75% от нормальной в предшествующую неделю
2 балла	Потеря массы более 5% за последние 2 месяца или ИМТ 18,5-20,5 + плохое самочувствие или потребление пищи в объёме 25-60% от нормальной в предшествующую неделю
3 балла	Потеря массы более 5% за последний 1 месяц (более 15% за 3 месяца) или ИМТ менее 18,5 + плохое самочувствие или потребление пищи в объёме 0-25 % от нормальной потребности в предшествующую неделю
Тяжесть заболевания – повышенные потребности в нутриентах	
1 балл	Онкологическое заболевание, перелом шейки бедра, цирроз печени, ХОБЛ, хронический гемодиализ, диабет

Питательный статус	
2 балла	Радикальная абдоминальная хирургия, <u>инсульт</u> , тяжёлая пневмония, гемобластоз
3 балла	Черепно-мозговая травма, трансплантация костного мозга, интенсивная терапия (APACHE-II > 10)
Возраст больного 70 лет и более → +1 балл к полученной сумме.	
ВСЕГО БАЛЛОВ:	

NRS 2002 < 3 баллов → оценка выраженности дисфагии (только у пациентов с RASS 0 - +1 балл)

NRS 2002 ≥ 3 баллов → оценка трофологического статуса

Оценка выраженности дисфагии

(только для пациентов в сознании – RASS 0 ±1 балл)

I. Оценка риска аспирации

		<u>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</u>
Дизартрия (перед тестированием)		1. Риск аспирации <u>низкий</u> – отсутствие // 1 предиктор → переход к следующему разделу 2. Риск аспирации <u>высокий</u> – 2 и > предикторов → тест оценки глотания с продуктами различной плотности
Дисфония (перед тестированием)		
Аномальный кашель (перед тестированием)		
Слабый или отсутствие рвотного рефлекса (перед тестированием)		
Кашель (сразу после проглатывания воды)		
Изменение голоса (в течение 1 минуты после проглатывания воды – просят сказать: «Ааа»)		

II. Тест оценки глотания с продуктами различной плотности (VVT)

1.	Нектар	5 мл	10 мл	20 мл	если нарушено → тестирование с пудингом (п.3)
2.	Жидкость	5 мл	10 мл	20 мл	если нарушено → тестирование с пудингом (п.3)
3.	Пудинг	5 мл	10 мл	20 мл	

Критерии дисфункции глотания:

- кашель
- падение SpO2 на 3 %
- изменение фонации

Признак	Определение значений баллов шкалы	Балл
1а. Уровень сознания.	ясное сознание, пациент реагирует на осмотр незамедлительно	0
	оглушение, при легкой стимуляции пациент реагирует на осмотр	1
	сопор, требуются повторные стимуляции пациента для ответной реакции, или при отсутствии эффекта необходимо проводить более интенсивную стимуляцию с целью получения нестереотипного двигательного ответа	2
	кома, ответная реакция только в виде рефлекторных двигательных актов либо самопроизвольные двигательные акты, либо полное отсутствие реакции со стороны пациента, атония, арефлексия	3
1б. Уровень сознания. Вопросы	правильный ответ на два вопроса	0
	правильный ответ на один вопрос	1
	ни на один вопрос не дан правильный ответ	2
1с. Уровень сознания. Выполнение команд	обе команды выполнены правильно	0
	одна команда выполнена верно	1
	ни одна команда не выполнена правильно	2
2. Движения глазных яблок	норма	0
	частичный парез взора, преодолеваемый пациентом либо при помощи вызывания окулоцефалического рефлекса	1
	тоническое отведения глазных яблок, не преодолеваемое вызыванием окулоцефалического рефлекса	2
3. Поля зрения	норма	0
	частичная гемианопсия	1
	полная гемианопсия	2
	билатеральная гемианопсия (слепота, включая корковую)	3
4. Парез лицевой мускулатуры	норма	0
	минимальный парез, асимметрия лица в виде сглаженности носогубной складки, асимметрия при улыбке	1
	частичный паралич (частичный или полный паралич нижней мимической мускулатуры)	2
	полный паралич нижней и верхней мимической мускулатуры с одной или 2-х сторон (полное отсутствие движений в верхней и нижней мимической мускулатуре)	3
5а. Движения в верхних конечностях (левая рука)	конечность удерживается под углом 90 или 45 градусов в течение 10 секунд без малейшего опускания	0

Признак	Определение значений баллов шкалы	
<p>Каждая конечность оценивается поочередно, начиная с непаретичной руки. В случае ампутации конечности или поражения плечевого сустава, исследователь должен выставить в соответствующей графе UN (untestable)</p>	конечность опускается в течение 10 секунд, но не касается постели или другой опоры	1
	конечности не могут сохранять поднятое положение (опускаются на постель или другую опору в течение 10 секунд), но производят некоторое сопротивление силе тяжести	2
	конечности падают без сопротивления силе тяжести, имеются минимальные движения	3
	нет активных движений в конечности	4
	ампутация конечности или повреждение плечевого сустава	UN
<p>5б. Движения в верхних конечностях (правая рука)</p>	конечность удерживается под углом 90 или 45 градусов в течение 10 секунд без малейшего опускания	0
	конечность опускается в течение 10 секунд, но не касается постели или другой опоры	1
	конечности не могут сохранять поднятое положение (опускаются на постель или другую опору в течение 10 секунд), но производят некоторое сопротивление силе тяжести	2
	конечности падают без сопротивления силе тяжести, имеются минимальные движения	3
	нет активных движений в конечности	4
	ампутация конечности или повреждение плечевого сустава	UN
<p>6а. Движения в нижних конечностях (левая нога). Каждая конечность оценивается поочередно, начиная с непаретичной ноги. Только в случае ампутации конечности или повреждения тазобедренного сустава, исследователь должен выставить в соответствующей графе UN (untestable)</p>	конечность удерживается в течение 5 секунд под углом 30 градусов без малейшего опускания	0
	конечность опускается в течение 5 секунд, но не касается постели или другой опоры	1
	конечности не могут сохранять поднятое положение (опускаются на постель или другую опору в течение 5 секунд), но производят некоторое сопротивление силе тяжести	2
	конечности падают без сопротивления силе тяжести, но присутствуют минимальные движения	3
	нет активных движений в конечности	4
	ампутация конечности или повреждение тазобедренного сустава	UN

Признак	Определение значений баллов шкалы	
6б. Движения в нижних конечностях (правая нога)	конечность удерживается в течение 5 секунд под углом 30 градусов без малейшего опускания	0
	конечность опускается в течение 5 секунд, но не касается постели или другой опоры	1
	конечности не могут сохранять поднятое положение (опускаются на постель или другую опору в течение 5 секунд), но производят некоторое сопротивление силе тяжести	2
	конечности падают без сопротивления силе тяжести, но присутствуют минимальные движения	3
	нет активных движений в конечности	4
	ампутация конечности или повреждение тазобедренного сустава	UN
7. Атаксия конечностей	симптомы атаксии отсутствуют	0
	симптомы атаксии присутствуют в 1 конечности	1
	симптомы атаксии присутствуют в 2 конечностях	2
	повреждение суставов или ампутация конечности	UN
8. Чувствительные нарушения. Учитывается только снижение чувствительности, обусловленное настоящим заболеванием	нет чувствительных нарушений	0
	умеренное снижение чувствительности; с пораженной стороны пациент ощущает несильный укол булавкой или тупую боль от укола; пациент в сопоре и/или с афазией	1
	сильная или полная потеря чувствительности; пациент не ощущает прикосновения в области лица, рук и ног; инсульт в стволе мозга и билатеральное нарушение чувствительности; нарушение уровня сознания до комы	2
9. Афазия	нет афазии	0
	легкая или умеренная афазия	1
	тяжелая афазия	2
	тотальная афазия	3
10. Дизартрия	норма	0
	дизартрия от слабой до умеренной; пациент нечетко произносит как минимум несколько слов; в худшем случае, произносимые им слова можно понять с трудом	1
	сильная дизартрия; речь пациента настолько невнятна, что не воспринимается вовсе при отсутствии или непропорционально имеющейся афазии; или пациент молчит (не способен изъясняться членораздельно)	2
	пациент интубирован или присутствует какая-либо другая физическая преграда, препятствующая способности говорить	UN
11. Угнетение восприятия или невниманье (ранее)	отсутствие отклонений	0
	угнетение реакции (игнорирование, невниманье) при одновременной двусторонней стимуляции на стимулы одной из перечисленных модальностей (зрительные,	1

<i>использовали термин «игнорирование»)</i>	тактильные, слуховые, пространственные)	
	выраженное одностороннее игнорирование или игнорирование стимулов более чем одной модальности; пациент не узнает (не различает) собственную руку или другие ориентиры только с одной стороны.	2

Модифицированная шкала Рэнкина

Балл	Критерии
0	Нет симптомов
1	Могут быть определенные симптомы (физические или когнитивные): настроение, нарушения речи, чтения и письма, проблемы с передвижением или чувствительностью; может вернуться на прежнюю работу, поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; тратит столько же времени на выполнение дел, как и раньше до болезни
2	Имеет симптомы заболевания, не может выполнять ту активность, которая была до заболевания (вождение автомобиля, чтение, письмо, танцы, работа и др.), может самостоятельно за собой ухаживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается), Не нуждается в наблюдении, может проживать один дома от недели и более без помощи
3	Имеет симптомы заболевания, может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи, Самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности, нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками, нуждается в помощниках при ведении финансовых дел. Может проживать один дома без помощи от одних суток до одной недели
4	Имеет симптомы заболевания, не может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи, нуждается в помощи при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др., в обычной жизни нуждается в ухаживающем или в том, кто находится рядом, может проживать один дома без помощи до одних суток
5	Имеет симптомы заболевания, не может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи, нуждается в помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др., нуждается в ухаживающем постоянно (и днем, и ночью), не может быть оставлен один дома без посторонней помощи
6	Смерть пациента

Индекс мобильности Ривермид

№ вопроса, балл	Навык	Вопрос
1	Повороты в кровати	Можете ли вы повернуться со спины на бок без посторонней помощи?
2	Переход из положения лежа в положение сидя	Можете ли вы из положения лежа самостоятельно встать на край постели?
3	Удержание равновесия в положении сидя	Можете ли вы сидеть на краю постели без поддержки в течение 10 секунд?
4	Переход из положения сидя в положение стоя	Можете ли вы встать (с любого стула) менее чем за 15 секунд и удерживаться в положении стоя около стула 15 секунд (с помощью рук или, если требуется с помощью вспомогательных средств)?
5	Стояние без поддержки	Наблюдает, как больной без опоры простоит 10 секунд
6	Перемещение	Можете ли вы переместиться с постели на стул и обратно без какой-либо помощи?
7	Ходьба по комнате в том числе с помощью вспомогательных средств, если это необходимо	Можете ли вы пройти 10 метров используя, при необходимости вспомогательные средства, но без помощи постороннего лица?
8	Подъем по лестнице	Можете ли вы подняться по лестнице на один пролет без посторонней помощи?
9	Ходьба за пределами квартиры (по ровной поверхности)	Можете ли вы ходить за пределами квартиры, по тротуару без посторонней помощи?
10	Ходьба по комнате без применения вспомогательных средств	Можете ли вы пройти 10 метров в пределах квартиры без костыля, ортеза и без помощи другого лица?
11	Поднятие предметов с пола	Если вы уронили что-то на пол, можете ли вы пройти 5 метров, поднять предмет, который вы уронили, и вернуться обратно?
12	Ходьба за пределами квартиры (по неровной поверхности)	Можете ли вы без посторонней помощи ходить за пределами квартиры по неровной поверхности (трава, гравий, снег и т.п.)?
13	Прием ванны	Можете ли вы войти в ванну (душевую кабину) и выйти из нее без присмотра, вымыться самостоятельно?
14	Подъем и спуск на 4	Можете ли вы подняться на 4 ступени и спуститься

	ступени	обратно, не опираясь на перила, но, при необходимости, используя вспомогательные средства?
15	Бег	Можете ли вы пробежать 10 метров не прихрамывая, за 4 секунды (допускается быстрая ходьба)?

Принятие решения о проведении тромболитической терапии

Приложение 7

Показания

Клинический диагноз ОНМК по ишемическому типу	Да
Время от начала возникновения симптомов ОНМК, часов	
Возраст, лет	
Отсутствие данных за геморрагический инсульт на КТ	Да

Противопоказания

Признаки тяжелого инсульта: клинические (NIHSS >25 баллов), и/или по результатам КТ и/или МРТ головного мозга	<input type="checkbox"/> Нет
Нейровизуализационные (КТ, МРТ) признаки внутричерепного кровоизлияния, опухоли мозга; артериовенозной мальформации, абсцесса мозга, разрыва аневризмы церебральных сосудов	<input type="checkbox"/> Нет
Клинические симптомы внутричерепного кровоизлияния при нормальной КТ головного мозга	<input type="checkbox"/> Нет
Геморрагический инсульт/внутричерепное (в том числе субарахноидальное) кровоизлияние в настоящее время или в анамнезе	<input type="checkbox"/> Нет
Заболевания центральной нервной системы в анамнезе (в том числе новообразования, аневризма, хирургическое вмешательство на головном или спинном мозге)	<input type="checkbox"/> Нет
Предшествующий инсульт или тяжелая ЧМТ в течение 3 месяцев	<input type="checkbox"/> Нет
Некупируемая гипертензия (САД >185 мм рт. ст. или ДАД >110 мм рт. ст.)	<input type="checkbox"/> Нет
Обширное кровотечение в настоящее время или в течение предыдущих 6 месяцев	<input type="checkbox"/> Нет
Обширное хирургическое вмешательство или обширная травма в течение предыдущих 14 дней	<input type="checkbox"/> Нет
Длительная (>10 мин) или травматичная (>2 мин) сердечно-легочная реанимация	<input type="checkbox"/> Нет
Беременность, роды в течение 10 предшествующих дней	<input type="checkbox"/> Нет
Недавняя пункция некомпонируемого кровеносного сосуда	<input type="checkbox"/> Нет
Прием непрямых антикоагулянтов (варфарин), если МНО >1,3	<input type="checkbox"/> Нет
Применение гепарина в течение предыдущих 48 часов, если повышено АЧТВ	<input type="checkbox"/> Нет
Гликемия менее 2,8 и более 22,2 ммоль/л, не поддающаяся коррекции	<input type="checkbox"/> Нет
Тромбоцитопения менее 100 000/мм ³	<input type="checkbox"/> Нет
Известная гиперчувствительность к действующему веществу тромболитика (фибринолитика), гентамицину, повышенная чувствительность к натуральному каучуку или латексу	<input type="checkbox"/> Нет
Наличие на момент принятия решения о выполнении тромболизиса любого из перечисленных верифицированных диагнозов: • геморрагический диатез; • тяжелые заболевания печени, в том числе печеночная	<input type="checkbox"/> Нет

<p>недостаточность, цирроз, портальная гипертензия (в том числе варикозное расширение вен пищевода) и активный гепатит;</p> <ul style="list-style-type: none"> • бактериальный эндокардит; • перикардит; • острый панкреатит; • подтвержденное обострение язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки в течение последних 3 месяцев (за исключением случаев, когда было подтверждено полное рубцевание язвы); • артериальные аневризмы, дефекты развития артерий/вен; • новообразование с повышенным риском развития кровотечения. 	
<p>Другие заболевания (не упомянутые в разделе «Противопоказания»), при которых повышен риск кровотечения</p>	<input type="checkbox"/> Нет

Особые условия, позволяющие применить ТЛТ
(при соответствии всем уточняющим критериям в пределах одного блока уточняющих вопросов ТЛТ может быть проведена)

Неизвестное время появления симптомов инсульта

<ul style="list-style-type: none"> • Пациент соответствует критериям WAKE-UP (время появления симптомов потенциально может оказаться в пределах терапевтического окна, нет других противопоказаний для ВВ ТЛТ) 	<input type="checkbox"/> Да
<ul style="list-style-type: none"> • Есть возможность выполнения MPT (DWI/FLAIR) 	<input type="checkbox"/> Да
<p>Возраст старше 80 лет</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Наличие клинических, лабораторных, инструментальных данных за декомпенсированную церебральную или соматическую патологию, ожидаемая продолжительность жизни менее 6 мес? 	<input type="checkbox"/> Нет
<p>Быстрое улучшение состояния или слабая выраженность симптомов (балл NIHSS \leq 4) к моменту начала ТЛТ</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Проведена визуализация сосудов (УЗДГ, КТ/МР- ангиография, либо инвазивная церебральная ангиография)? 	<input type="checkbox"/> Нет
<ul style="list-style-type: none"> • Исключена закупорка магистральных артерий головы (ВСА, проксимальные отделы СМА, ПМА, ЗМА, ПА)? 	<input type="checkbox"/> Нет
<ul style="list-style-type: none"> • Неврологический дефицит не является инвалидизирующим? 	<input type="checkbox"/> Нет
<p>Судороги в дебюте инсульта</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Эпилепсия в анамнезе и/или есть основания предполагать, что очаговая симптоматика представляет собой парез Годда? 	<input type="checkbox"/> Нет
<p>Окклюзия основной артерии и срок более 4,5 часов от начала заболевания</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Прогноз при выполнении ТЛТ более благоприятен, чем при отказе от тромболизиса, с учетом рисков? 	<input type="checkbox"/> Да
<ul style="list-style-type: none"> • Отсутствует возможность выполнения ВСТЭ? 	<input type="checkbox"/> Да
<p>Прием ПОАК (дабигатран, ривароксабан, эликсабан)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Последняя доза препарата принята >48 часов назад? 	<input type="checkbox"/> Да
<ul style="list-style-type: none"> • Функция почек нормальная (клиренс креатинина >80 мл/мин по Кокрофту-Голту)? 	<input type="checkbox"/> Да

Пациент принял дабигатрана этексилат в предшествующие 12 ч	
• Имеется возможность реверсии антикоагулянтного эффекта путем введения специфического антагониста (идаруцизумаба)?	<input type="checkbox"/> Да
Пациент принял <i>дабигатрана этексилат</i> в предшествующие 12-48 ч, либо клиренс креатинина менее 80 мл/мин, либо неизвестно время приема последней дозы	
• Значения ТВ находятся в пределах референсного диапазона? • Либо имеется возможность реверсии антикоагулянтного эффекта путем введения специфического антагониста (идаруцизумаба)?	<input type="checkbox"/> Да
Пациент принял <i>ривароксабан, апиксабан или эдоксабан</i> в предшествующие 12-48 ч, либо клиренс креатинина менее 80 мл/мин, либо неизвестно время приема последней дозы	
• При лабораторном исследовании гемостаза отсутствует определяемая анти-Ха-активность?	<input type="checkbox"/> Да
Наличие показаний для механической тромбэктомии (верифицирована окклюзия магистральной артерии)	
• Есть противопоказания для проведения ТЛТ?	<input type="checkbox"/> Нет

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тромболитическая терапия показана: Да Нет

Планируемая тактика эндоваскулярного лечения:

- не показано
- показана диагностическая церебральная ангиография
- показано экстренное эндоваскулярное вмешательство
- решение вопроса об эндоваскулярном вмешательстве при неэффективности ТЛТ
- перевод в другой стационар с целью эндоваскулярного вмешательства
- отсутствует техническая возможность выполнения

Подпись врача-невролога _____

Подписи участников консилиума (при необходимости):

Подпись врача _____

Подпись врача _____

Шкала оценки риска инсульта после перенесенной ТИА ABCD2

Приложение 8

Характеристика	Числовое выражение
Возраст после 60 лет	1
Сахарный диабет	1
Систолическое АД > 140 мм рт.ст. или диастолическое АД > 90 мм рт.ст.	1
Продолжительность	= > 60 минут (2 балла), 10–59 минут (1 балл)
Нарушения речи при отсутствии других очаговых симптомов	1
Очаговая симптоматика	2

Ключ. Группы риска по шкале ABCD2: низкий риск = 0–3 балла; умеренный риск = 4–5 баллов; высокий риск = 6–8 баллов.

4.9. Регламент маршрутизации пациентов со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий не соответствует методическим рекомендациям

1. Группы пациентов, которым показано скрининговое обследование (ЦДС БЦА):

I группа: пациенты с выявленными симптомными каротидными стенозами и бессимптомными каротидными стенозами, которые перенесли ОНМК (код МКБ10 I60-I64) или ТИА (код МКБ10 G45) в течение последних 5-ти лет и находятся на диспансерном наблюдении у невролога в поликлинике;

II группа: пациенты с ОНМК с выявленными симптомными каротидными стенозами и бессимптомными каротидными стенозами, находящиеся в ПСО и РСЦ;

III группа: амбулаторные пациенты у которых выявлены бессимптомные каротидные стенозы на уровне первичного звена: лица выявленные до 65 лет при прохождении анкетирования профилактических медицинских осмотров и диспансеризации в соответствии с приказом Минздрава России от 27 апреля 2021 г. №404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения", ответивших «Да» на вопросы «3, 8, 9, 10», а так же лица старше 65 лет при прохождении анкетирования профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, ответивших «Да» на вопросы «4,5,6», после консультации невролога и направлении на 2 этап ДОГВН.)

IV группа: амбулаторные пациенты у которых имеется 3 заболевания из 6 (ожирение, ГБ, СД, ИБС, атеросклероз артерий НК, гиперхолестеринемия).

2. При выявлении симптомного стеноза более 50% по NASCET по данным ЦДС БЦА в ПСО ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская центральная районная больница», ПСО ГБУЗ Республики Мордовия «Комсомольская центральная районная больница», ПСО ГБУЗ Республики Мордовия «Краснослободская центральная районная больница», РСЦ №1 ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4» необходимо проведение КТ-АГ БЦА на базе ПСО или РСЦ, выявившего стеноз. При подтверждении гемодинамически значимого стеноза - проведение ТМК с сердечно-сосудистым хирургом, неврологом, рентгенэндоваскулярным хирургом РСЦ №2 ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница», при наличии показаний и отсутствии противопоказаний для каротидной эндартерэктомии (КАЭ) или каротидной ангиопластики со стентированием (КАС) перевод пациента в РСЦ №2 ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница» (Блок-схема 4).

3. При выявлении асимптомного стеноза БЦА более 70% по NASCET по данным ЦДС БЦА в МО г.о. Саранск и районов Республики Мордовия направлять на проведение КТ-АГ БЦА в ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская клиническая больница» с последующей консультацией сердечно-сосудистого хирурга ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница» с целью решения вопроса о проведении КАЭ или КАС.».

Список контактов ответственных лиц:

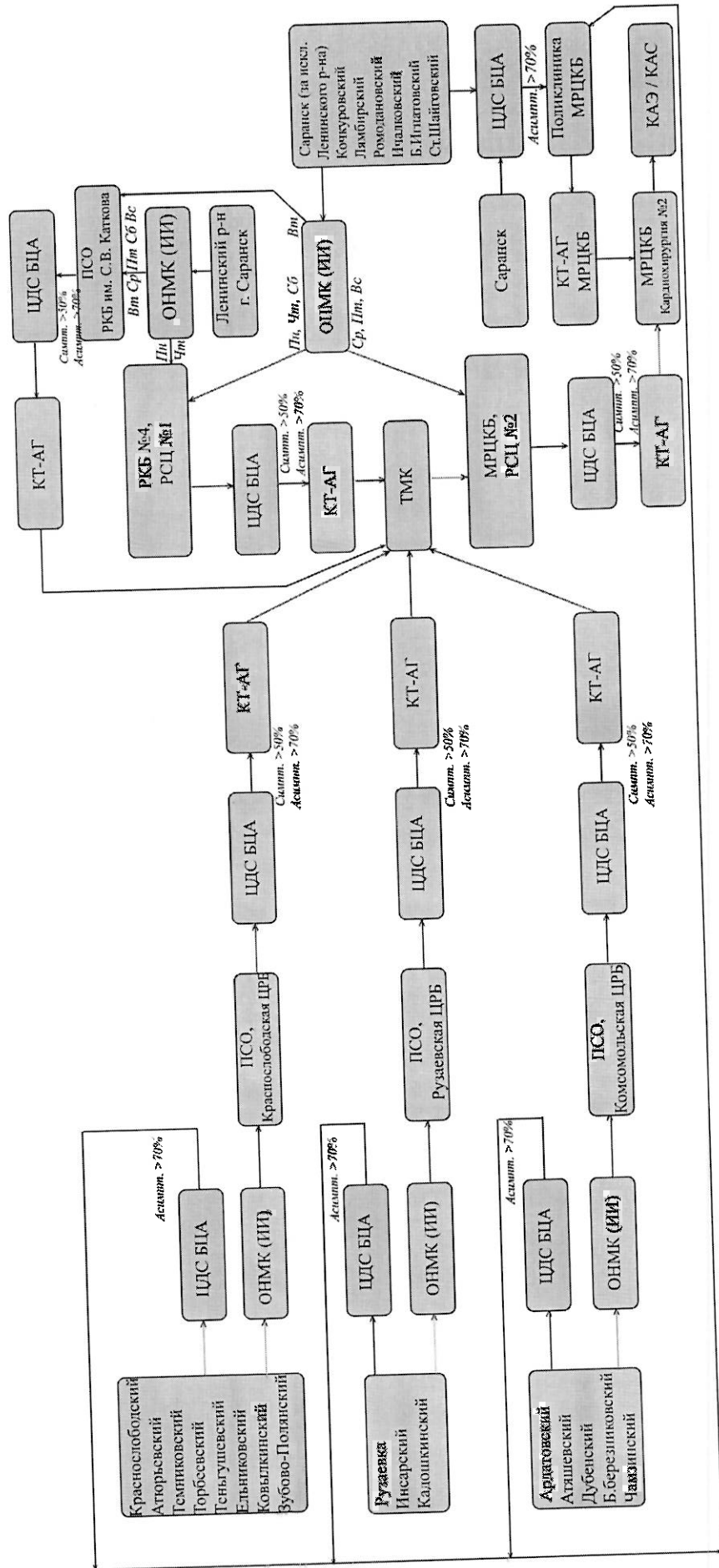
1. Карасев А.А. главный внештатный специалист невролог Министерства здравоохранения Республики Мордовия, заведующий отделением для больных с ОНМК ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница», тел. +79271835916;

2. Карпунькин О.А., главный внештатный специалист сердечно-сосудистый хирург Министерства здравоохранения Республики Мордовия, заведующий отделением кардиохирургии №2 ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница», тел. +79279708969,

3. Ошеров Д.И. главный внештатный специалист по рентгеноэндоваскулярным диагностике и лечению Министерства здравоохранения Республики Мордовия, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница»+79271977101;

4. Волкова Ю.В. заведующая консультативной поликлиникой ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница», тел. +79272762283.

Маршрутизация пациентов со стенозами БЦА



3.10. Регламент маршрутизации пациентов с врожденными и приобретенными пороками клапанов сердца (далее – ВиППС)/

Медицинская помощь пациентам с ВиППС оказывается в ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная районная больница», которая в своем составе имеет кардиологические отделения, отделение анестезиологии и реанимации, отделение рентгенэндоваскулярных методов лечения, кардиохирургические отделения.

При наличии показаний пациентов с ВиППС из МО по месту прикрепления направляется на консультацию к врачу кардиологу, врачу-кардиохирургу консультативной поликлиники ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная районная больница». Далее, при наличии показаний, направляется в кардиологическое/кардиохирургическое отделения ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная районная больница». При необходимости выполнения специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи данной категории пациентов в условиях ФЦ проводятся ТМК (очные/заочные) с ФЦ.

После выписки из стационара пациент наблюдается кардиологами кардиологического кабинета ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная районная больница», проводится коррекция терапии. Диспансерное наблюдение осуществляется кардиологами/терапевтами по месту прикрепления пациента.

Направление на реабилитационные мероприятия проводится согласно алгоритму, предоставленному в общей части Регионального маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Республике Мордовия.

3.11. Регламент маршрутизации пациентов в кабинеты антикоагулянтной терапии/

Функции кабинета АКТ выполняют врачи-кардиологи кардиологического кабинета ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная районная больница». В кабинет АКТ из МО направляются:

1. Пациенты, получающие варфарин;
2. Пациенты, получающих прямые оральные антикоагулянты, имеющих геморрагические осложнения или повторные сосудистые события;
3. Пациенты, получающие комбинированную антитромботическую терапию;
4. Пациенты с неопределенными причинами тромбоэмболических осложнений, требующих верификации причин.

При необходимости, МО могут провести ТМК в очном/заочном формате со специалистами кардиологического кабинета ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная районная больница» с целью уточнения тактики ведения и лечения пациента.

По показаниям, врачи-кардиологи кардиологического кабинета ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная районная больница» проводят ТМК с ФЦ.

3.12. Регламент маршрутизации пациентов с нарушением липидного обмена.

Оказание медицинской помощи пациентам с нарушением липидного обмена проводится врачами кардиологами кардиологического кабинета ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная районная больница».

Направление пациентов с нарушением липидного обмена к врачам – кардиологам кардиологического кабинета ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная районная больница» осуществляется врачами амбулаторно-поликлинической службы или стационарных отделений МО.

На первичную консультацию направляются следующие группы пациентов с последующим выделением приоритетных категорий динамического наблюдения:

1. Уровень общего холестерина венозной крови >10 ммоль/л и/или уровень ХС ЛНП венозной крови $>7,5$ ммоль/л и/или уровень триглицеридов венозной крови >10 ммоль/л;

2. Уровень общего холестерина венозной крови $>8,0$ ммоль/л и/или уровень ХС ЛНП венозной крови $>5,0$ ммоль/л и/или уровень триглицеридов $>5,0$ ммоль/л и/или уровень липопротеида(а) >50 мг/дл в сочетании с семейным анамнезом раннего (до 55 лет у мужчин, до 60 лет у женщин) сердечно-сосудистыми заболеваниями атеросклеротического генеза (ишемическая болезнь сердца, в том числе перенесенный инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, атеросклеротическое заболевание брахиоцефальных/ периферических артерий со значимым стенозированием сосудов);

3. Ранний персональный анамнез (до 40 лет) ССЗ атеросклеротического генеза;

4. Недостижение целевых значений атерогенных показателей липидного профиля {ХС ЛНП, ТГ, лп(а)} в категории пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска как в зоне первичной, так и вторичной профилактики, согласно КР на фоне гиполипидемической терапии в максимально переносимых дозах длительностью не менее 3 месяцев или при ее непереносимости, в том числе для определения показаний к инициации инновационной гиполипидемической терапии и/или эфферентным методам коррекции нарушений липидного обмена.

При необходимости, МО могут провести ТМК в очном/заочном формате со специалистами кардиологического кабинета ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная районная больница» с целью уточнения тактики ведения и лечения пациента.

По показаниям, врачи-кардиологи кардиологического кабинета ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная районная больница» проводят ТМК с ФЦ.

Прием пациентов осуществляется по предварительной записи при наличии направления врача.

На консультацию врача-кардиолога пациенту иметь с собой результаты исследований, проведенных по месту жительства:

- 1) общий анализ крови, общий анализ мочи;
 - 2) биохимические анализы крови (калий, креатинин, мочевая кислота, глюкоза, общий белок, АСТ, АЛТ, сывороточное железо);
 - 3) липидный спектр крови (ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, общий холестерин);
4. ЭКГ, ЭхоКГ, ЦДС БЦА.

3.13. Регламент телемедицинских консультаций (далее – ТМК) пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Телемедицинские технологии применяются при организации и оказании МО медицинской помощи, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

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

Медицинские организации оказывают медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий с использованием ЕГИСЗ, государственной информационной системы в сфере здравоохранения Республики Мордовия (далее – ГИСЗ РМ), медицинских информационных систем медицинской организации (далее – МИС МО), иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг

Заявки на ТМК направляются в МО 2-го и 3-го уровня для проведения дистанционных консультаций с любого уровня оказания медицинской помощи пациентам с ССЗ.

Виды телемедицинских консультаций

1. Консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой при оказании медицинской помощи в экстренной, неотложной и плановой формах;
2. Консультации с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой в целях вынесения заключения по результатам диагностических исследований;
3. Консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями при оказании медицинской помощи;

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

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

При проведении консультаций пациентов и (или) их законных представителей с применением телемедицинских технологий, лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного пациенту лечения и реабилитации, в том числе формирование рецептов на лекарственные препараты в форме электронного документа, при условии установления лечащим врачом диагноза и назначения лечения по данному обращению ранее, на очном приеме (осмотре, консультации). В случае обращения пациента без предварительного установления диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации) медицинское заключение может содержать рекомендации пациенту или его законному представителю о необходимости проведения предварительных обследований, а также дате и месте проведения очного приема (осмотра, консультации).

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

1) инфаркт миокарда или острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе, – не менее 2х раз в год;

2) пациенты, имеющие право на льготу в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 февраля 2024 г. № 37н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов в целях обеспечения в амбулаторных условиях лекарственными препаратами лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка $\leq 40\%$, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний», не менее 2-х раз в год на территориях не обеспеченных кардиологическим приемом.

Жизнеугрожающее нарушение ритма (по показаниям), в начальном периоде наблюдения ежемесячно, до стабилизации ритма при медикаментозном лечении, либо после оперативного вмешательства.

ХСН с ФВ менее 40% с целью коррекции лечения и проведения дополнительного обследования, либо отбора на ВМП, не менее 2х раз в год;

Коррекция лечения пациентов, получающих липидснижающую терапию и не достигших целевого значения ЛПНП;

Лечение коморбидных пациентов с АГ высокого риска, состоящих на диспансерном наблюдении (по показаниям);

Маршрутизация пациентов с хронической ИБС, имеющих показания для проведения нагрузочных проб, либо диагностической коронароангиографии с целью последующего направления на плановую реваскуляризацию.

Пациенты со стенозирующими поражениями периферических сосудов, не менее 2-х раз в год.

Наличие приобретенных, либо врожденных пороков клапанов сердца, вне зависимости от имевшегося ранее оперативного лечения.

Иные состояния, требующие консультации кардиолога по вновь выявленным показаниям.

Алгоритм действий врача при направлении на ТМК, в том числе в ФЦ

Врач формирует заявку на получение консультации специалиста нужного профиля. Заявки поступают в стационар 3 уровня. Прием, регистрацию и распределение заявок по врачам-исполнителям осуществляет специалист центра, затем протоколы консультаций после загрузки в систему направляются в организации, подавшие заявку.

При подаче заявки, при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой при оказании медицинской помощи в плановой форме лечащий врач:

предварительно обеспечивает проведение обследования пациента по имеющемуся у пациента заболеванию или состоянию, по которому требуется проведение консультации (консилиума врачей);

оформляет направление на консультацию;

подготавливает данные о состоянии здоровья пациента (данные осмотра, диагностических и лабораторных исследований) и направляет их консультанту (врачам-участникам консилиума), либо обеспечивает дистанционный доступ к соответствующим данным о состоянии здоровья пациента.

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

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

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

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

4. Региональная система оперативного мониторинга выполнения регламентов маршрутизации

ПОЛОЖЕНИЕ о Региональной системе управления сердечно-сосудистыми рисками в Республике Мордовия

I. Общие положения

1.1. Настоящее Положение определяет порядок организации Региональной системы управления сердечно-сосудистыми рисками в Республике Мордовия.

1.2. Региональная система управления сердечно-сосудистыми рисками в Республике Мордовия создается в целях своевременного выявления и оказания помощи пациентам с болезнями системы кровообращения с высоким риском осложнений и неблагоприятных исходов и объединяет на основе информационных технологий медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь пациентам с болезнями системы кровообращения (включая кардиологические кабинеты и отделения).

1.3. Во главе Региональной системы управления сердечно-сосудистыми рисками в Республике Мордовия, на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница» организуется Центр управления сердечно-сосудистыми рисками (далее – Центр), в целях осуществления взаимодействия с медицинскими организациями Республики Мордовия в части:

организационно-методической, консультативной поддержки медицинских организаций первого и второго уровней, в том числе с применением телемедицинских и информационных технологий;

организационно-методической поддержки регистров пациентов с болезнями системы кровообращения;

анализа качества медицинской помощи пациентам групп высокого сердечно-сосудистого риска в Республике Мордовия.

взаимодействия с курирующим федеральным национальным медицинским исследовательским центром.

1.4. В структуру Центра входит:

кабинет контроля антикоагулянтной терапии;

кабинет для пациентов с тяжелой дислипидемией;

кабинет для пациентов с сердечной недостаточностью;

кабинет для пациентов со сложными нарушениями ритма и проводимости;

кабинет для пациентов с артериальной гипертензией, резистентной к медикаментозной терапии.

При наличии медицинских показаний (необходимости проведения дообследования, лечения пациента в стационарных условиях, а также при

наличии дестабилизации течения основного заболевания), пациенты из Центра направляются кардиологические и кардиохирургические отделения ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница» для оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.

1.5. Организация оказания медицинской помощи взрослым пациентам с сердечной недостаточностью на территории Республике Мордовия оказывается в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 16 февраля 2024 г. № 265 «Об оказании медицинской помощи взрослым пациентам с сердечной недостаточностью в Республике Мордовия».

II. Правила организации деятельности Центра

2.1. Настоящие Правила устанавливают алгоритм организации деятельности Центра.

2.2. Центр является структурным подразделением медицинской организации третьего уровня ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница», которая является многопрофильной больницей, круглосуточно оказывающей специализированную медицинскую помощь, в том числе при болезнях системы кровообращения.

2.3. Руководство Центром осуществляется руководителем Центра, который назначается на должность и освобождается от должности руководителем медицинской организации, в составе которой создан Центр.

2.5. На должность руководителя Центра назначается специалист, соответствующий квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 мая 2023 г. № 206н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием», по специальности «кардиология», «сердечно-сосудистая хирургия» или «рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение», со стажем работы по специальности не менее 5 лет.

2.6. Руководитель Центра ежеквартально, а также по итогам года, представляет руководителю медицинской организации, в составе которой организован Центр, в Министерство здравоохранения Республики Мордовия и курирующий федеральный национальный медицинский исследовательский центр письменный отчет о работе Центра.

2.7. Штатная численность Центра устанавливается руководителем медицинской организации, в составе которой создан Центр, исходя из объема проводимой организационно-методической и консультативной работы.

2.8. Оснащение Центра осуществляется исходя из объема проводимой организационно-методической и консультативной работы.

2.9. Центр для обеспечения своей деятельности использует

возможности всех лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений медицинской организации, в которой создан Центр.

III. Функции Центра

3.1. Координация оказания медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения на региональном уровне;

3.2. Взаимодействие с медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь пациентам с болезнями системы кровообращения, и с профильными федеральными национальными медицинскими исследовательскими центрами;

3.3. Контроль преемственности оказания медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в соответствии с этапностью оказания медицинской помощи;

3.4. Координация дистанционного консультирования пациентов с болезнями системы кровообращения при помощи телемедицинских технологий привлеченными экспертами медицинской организации, в составе которой организован Центр, а также обеспечение консультирования сложных и тяжелых пациентов в федеральных медицинских центрах;

3.5. Мониторинг отбора и полноты подготовки при направлении пациентов для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;

3.6. Информационно-аналитическая работа в области заболеваемости, инвалидности и смертности от болезней системы кровообращения, реализации программ по борьбе с болезнями системы кровообращения, организации оказания медицинской помощи, включая скорую медицинскую помощь, на уровне региона;

3.7. Проведение контрольных мероприятий по оценке качества оказания медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения;

3.8. Организационно-методическая поддержка регистров пациентов с болезнями системы кровообращения по нозологическим группам на уровне региона;

3.9. Анализ качества и эффективности лечебной работы и диспансерного наблюдения пациентов с болезнями системы кровообращения на уровне региона, а также анализ эффективности работы по выявлению лиц с повышенным риском развития болезней системы кровообращения;

3.10. Мониторинг охвата льготным лекарственным обеспечением пациентов с болезнями системы кровообращения;

3.11. Формирование промежуточных и итоговых отчетов по эффективности оказания медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в регионе;

3.12. Разработка рекомендаций и плана мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения;

3.13. Совместно с другими организациями, осуществляющими образовательную деятельность, участие в повышении квалификации

медицинских работников первичного звена здравоохранения по вопросам профилактики, диагностики, лечения, организации и проведения диспансерного наблюдения за пациентами с болезнями системы кровообращения, медицинской реабилитации;

3.14. Организация конференций, совещаний по актуальным вопросам профилактики болезней системы кровообращения, оказания медицинской помощи пациентам с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском;

3.15. Взаимодействие с профильными профессиональными некоммерческими организациями.

IV. Организация деятельности Центра

4.1. К работе Центра привлекаются врачи-кардиологи, врачи функциональной диагностики, врачи других специальностей и средний медицинский персонал;

4.2. В Центре осуществляется координация организации дистанционных консультаций/консилиумов и ведения в специализированных центрах (кабинетах) пациентов с болезнями системы кровообращения высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска, в том числе:

4.2.1. Артериальная гипертензия 3 степени;

подозрение на вторичную артериальную гипертензию (артериальная гипертензия 2 степени в возрасте <40 лет или любой степени с детства, острое ухудшение контроля артериального давления у пациентов с ранее стабильной артериальной гипертензией; клинические/биохимические признаки эндокринных нарушений, в том числе феохромоцитомы, семейный анамнез феохромоцитомы; клинические признаки синдрома обструктивного апноэ во сне);

артериальная гипертензия, резистентная к терапии;

4.2.2. Тяжелая дислипидемия (общий холестерин сыворотки >8,0 ммоль/л и/или холестерин липопротеидов низкой плотности >5,0 ммоль/л и/или триглицериды >10 ммоль/л) и (или) подозрение на непереносимость гиполипидемической терапии ввиду развития побочных эффектов или недостаточной ее эффективности и (или) ранний анамнез сердечно-сосудистых заболеваний (до 50 лет), в том числе после реваскуляризации вследствие атеросклеротического поражения сосудистого русла;

4.2.3. Ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда и (или) реваскуляризация коронарных артерий;

4.2.4. Симптомное заболевание периферических артерий;

4.2.5. Сложные, в том числе жизнеугрожающие, нарушения сердечного ритма и проводимости, наличие сердечных электронных имплантируемых устройств;

4.2.6. Фибрилляция предсердий при необходимости индивидуального подбора антитромботической терапии;

4.2.7. Сердечная недостаточность 2Б-3 стадии и (или) с фракцией выброса левого желудочка <50% и (или) II-IV ФК NYHA на фоне проводимой болезнь-модифицирующей терапии; состояние после

трансплантации сердца или имплантации устройств для длительной поддержки кровообращения;

4.2.8. Наличие сердечно-сосудистого заболевания и сопутствующей хронической болезни почек со скоростью клубочковой фильтрации <30 мл/мин/1,73 м² и (или) сахарного диабета.

4.3. Консультация осуществляется дистанционно с использованием телемедицинских технологий или очно по решению руководителя Центра.

4.4. При выявлении у пациента с болезнями системы кровообращения осложненного течения заболевания и/или тяжелой коморбидной патологии, медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе с применением кардиохирургических и рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения, включая случаи неотложных (экстренных) показаний, проводятся телемедицинские консультации, в том числе с курирующим федеральным национальным медицинским исследовательским центром по профилям «кардиология» и «сердечно-сосудистая хирургия» и (или) решается вопрос о переводе пациента в медицинскую организацию региона, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилям «кардиология» и «сердечно-сосудистая хирургия».

V. Права Центра

Центр имеет право:

5.1. Вносить предложения на рассмотрение руководителя медицинской организации, в составе которой создан Центр, по вопросам, относящимся к компетенции Центра.

5.2. Запрашивать и получать от работников и структурных подразделений медицинской организации, в составе которой создан Центр, информацию, необходимую для реализации задач, возложенных на Центр.

5.3. Предоставлять работникам структурных подразделений медицинской организации, в составе которой создан Центр, разъяснения по вопросам, связанным с работой Центра.

5.4. Проводить совещания по вопросам, входящим в компетенцию Центра и принимать участие в таких совещаниях.

5.5. Инициировать организацию тематических конференций с целью популяризации знаний и внедрения эффективных методов лечения в практику.

5.6. Представительствовать от имени медицинской организации, в составе которой создан Центр, по вопросам, относящимся к компетенциям Центра.

5.7. Осуществлять иные права в соответствии с законодательством Российской Федерации.