



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТЫВА

(Минздрав РТ)

П Р И К А З

от 29.10.2025

№ 1514пр/25

г. Кызыл

Об утверждении единой маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, включая все этапы наблюдения за пациентами от фельдшерско-акушерского пункта (поликлиники) до федерального учреждения, оказывающего помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Республике Тыва

В соответствии с положением о Министерстве здравоохранения Республики Тыва, утвержденным постановлением Правительства Республики Тыва от 18 апреля 2013 г. № 228, письма Минздрава России от 8 сентября 2025 г. № 17-4/8244 об актуализации нормативно-правовых актов, отражающих единую маршрутизацию пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. По согласованию с главными внештатными специалистами Минздрава России утвердить прилагаемый единый порядок маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, включая все этапы наблюдения за пациентами от фельдшерско-акушерского пункта (поликлиники) до федерального учреждения, оказывающего помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в Республике Тыва (далее – единый порядок).

2. Главным врачам медицинских организаций республики:

2.1. обеспечить соблюдение единого порядка;

2.2. обеспечить доведение единого порядка маршрутизации до каждого специалиста медицинской организации и провести ознакомление с ним медицинских работников;

2.3. обеспечить размещение настоящего приказа на официальных сайтах медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. Руководителю проектного офиса Минздрава Республики Тыва Ондар Э.А. обеспечить размещение настоящего приказа на официальном сайте Минздрава Республики Тыва в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя министра здравоохранения Республики Тыва Куулар М.Д.

Министр

А.К. Югай



ЕДИНАЯ МАРШРУТИЗАЦИЯ

пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, включая все этапы наблюдения за пациентами от фельдшерско-акушерского пункта (поликлиники) до федерального учреждения, оказывающего помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в Республике Тыва

I. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

Нормативно-правовые основы маршрутизации пациентов с ССЗ в Республике Тыва:

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ № 323-ФЗ);
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (далее – Приказ № 918н);
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю терапия»;
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» (далее – Приказ № 928н);
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 931н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "нейрохирургия"» (далее – Приказ № 931н);
- Приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»;
- Приказ Минздрава России от 26.12.2016 № 997н «Об утверждении Правил проведения функциональных исследований» (далее – Приказ № 997н);
- Приказ Минздрава России от 09.06.2020 № 560н «Об утверждении Правил проведения рентгенологических исследований» (далее – Приказ № 560н);
- Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» (далее – Приказ № 788н);
- Приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – Приказ № 404н);
- Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (далее – Приказ № 168н);
- Приказ Минздрава России от 21.04.2022 № 276н «Об утверждении случаев и порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи медицинскими работниками медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации вне таких медицинских организаций» (далее – Приказ № 276н);
- Приказ Минздрава России от 01.09.2025 № 185н «Об утверждении положения об организации специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи» (далее – Приказ № 185н);
- Приказ Минздрава России от 01.09.2025 № 186н «Об утверждении порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» (далее – Приказ № 186н);

- Приказ Минздрава России от 01.09.2025 № 193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (далее – Приказ № 193н);
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.09.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – Приказ № 202н);
- Приказ Минздрава России от 15.07.2025 № 205н «Об утверждении Правил проведения функциональных исследований» (далее – Приказ № 205н);
- Постановление Правительства Республики Тыва от 04.07.2025 года №334 «Об утверждении региональной программы Республики Тыва «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Республике Тыва на 2025-2030 годы»»
- Постановление Правительства Республики Тыва от 28.12.2024 года №616 «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Тыва на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»
- Приказ Минздрава РТ от 14.03.2024 года №368пр/24 «Об утверждении алгоритма оказания медицинской помощи пациентам с экстренными, неотложными и хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Республики Тыва и мерах по организации оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Республики Тыва»
- Приказ Минздрава РТ от 29.08.2024 №1200пр/24 «Об организации оказания медицинской помощи пациентам в экстренной и неотложной форме при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, аорты и периферических артерий»;
- Приказ Минздрава РТ от 07.11.2021 №1186пр/21 «Об утверждении порядка взаимодействия участников реализации программ льготного лекарственного обеспечения на территории Республики Тыва»;
- Приказ Минздрава РТ от 27.02.2021 №186пр/21 «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых по профилю «Медицинская реабилитация» в Республике Тыва»;
- Приказ Минздрава РТ от 17.10.2022 №1388пр/22 «О внесении изменения в пункт 1 приказ Министерства здравоохранения Республики Тыва от 27 февраля 2021 г. № 186пр/21»;
- «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы. Клинические рекомендации 2024, Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы. Клинические рекомендации 2024», «Проведение тромболитической терапии при ишемическом инсульте», Фибрилляция предсердий. Клинические рекомендации – 2020, Рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), Хроническая сердечная недостаточность 2024, Рекомендации по диагностике и лечению заболеваний аорты (2025), Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака 2024.

Алгоритм утверждения и периодичность пересмотра документа ежегодная.

II. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО ПОРЯДКА МАРШРУТИЗАЦИИ

Настоящий Региональный Порядок сформирован в виде единого документа с общей частью и приложениями. Приложения включают в себя регламенты маршрутизации по отдельным ССЗ и (или) состояниям.

В общей части Регионального Порядка отражены:

- Нормативно-правовые основы, методические и справочные материалы, использованные при разработке документа;
- Алгоритм утверждения и периодичность пересмотра документа;
- Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь больным с ССЗ (с

соответствующими зонами территориального прикрепления);

- Алгоритмы и сроки оказания различных видов медицинской помощи пациентам с ССЗ;
- Перечень ответственных лиц, их полномочия и зоны ответственности, а также механизм контроля за соблюдением Регионального Порядка.

Регламенты маршрутизации содержат перечни МО, участвующих в оказании медицинской помощи, отражают особенности взаимодействия и реализации процессов, соответствуют требованиям клинических рекомендаций по данной нозологии.

Выбор нозологий для формирования отдельного регламента основывается на следующих принципах:

- Существенный вклад в показатели заболеваемости и смертности в Республике Тыва;
- Наличие временных ограничений оказания медицинской помощи, требующих эффективного взаимодействия на различных этапах;
- Особенности диагностических и лечебных вмешательств, требующих формирования оптимального маршрута пациента, в том числе в рамках мультидисциплинарного подхода.

Сформированы следующие регламенты маршрутизации:

- Регламент маршрутизации на проведение отдельных видов диагностических исследований сердечно-сосудистой системы;
- Регламент маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом (далее – ОКС);
- Регламент маршрутизации пациентов с нарушениями ритма сердца и проводимости;
- Регламент маршрутизации пациентов с хронической сердечной недостаточностью;
- Регламент маршрутизации пациентов с острым аортальным синдромом;
- Регламент маршрутизации пациентов с острой ишемией конечностей;
- Регламент маршрутизации пациентов с тромбозом легочной артерии;
- Регламент маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (далее – ОНМК);
- Регламент маршрутизации пациентов со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий;
- Регламент маршрутизации пациентов с врожденными и приобретенными пороками клапанов сердца;
- Регламент маршрутизации пациентов в кабинеты антикоагулянтной терапии;
- Регламент маршрутизации пациентов с нарушением липидного обмена;
- Регламент проведения телемедицинских консультаций (далее – ТМК) пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

III. ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОБЩЕЙ ЧАСТИ РЕГИОНАЛЬНОГО ПОРЯДКА МАРШРУТИЗАЦИИ

Региональный Порядок устанавливает правила оказания медицинской помощи больным с ССЗ в МО Республики Тыва.

Региональный Порядок создается на основе КР, соответствует действующим порядкам и положениям об организации медицинской помощи. В общей части указаны нормативно-правовые основы, методические и справочные материалы, используемые при разработке документа. Информация об основных документах, которые необходимо учитывать, представлена в разделе I «Нормативно-правовые основы маршрутизации пациентов с ССЗ».

Таблица 1

3.1. Перечень медицинских организаций республики Тыва оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь пациентам с ССЗ в амбулаторных условиях

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зоны ответственности	Профиль помощи
--------------------------------------	-------------------	----------------------	----------------

Учреждения, оказывающие консультативную помощь по профилю и осуществляющие диспансерное наблюдение			
ГБУЗ РТ «Республиканская больница 1» консультативно- диагностическая поликлиника	г. Кызыл, ул. Щетинкина Кравченко, дом 61, г. Кызыл, ул. Гагарина 44.	г. Кызыл	Кардиология/неврология
ГБУЗ РТ «Республиканский консультативно – диагностический центр»	г. Кызыл, ул. Дружба 36а г. Кызыл, ул. Бай-Хаакская 146	г. Кызыл	Кардиология/неврология
ГБУЗ РТ «Барум- Хемчикский ММЦ»	г. Ак-Довурак, ул. Центральная 18 с. Кызыл-Мажалык, ул. Авиации 1. ФАП "Эрги-Барлык" с. Эрги-Барлык ул. Эрик 30 2. ФАП "Аксы-Барлык" с. Аксы-Барлык ул. Найырал 16 3. ФАП " Барлык" с. Барлык ул. Тракторная 14-2 4. ФАП "Бижиктиг-Хая" с. Бижиктиг-Хая ул. Новая 6 -2 5. ФАП "Дон-Терезин" с. Дон-Терезин ул. Байыр- оол Кандан 21 6. ФАП " Хонделен" с.Хонделен ул. Антон Уержаа 3-2 7. ФАП " Шекпээр" с. Шекпээр ул. Ленина 11 8. ФАП "Аянгаты" с. Аянгаты ул. Ленина 11	Барум- Хемчикский кожуун	Кардиология/неврология
ГБУЗ РТ «Кызылская ЦКБ»	п.г.т. Каа-Хем, ул. Шахтерская дом 4 Участковая Больница, с.Черби, ул.Советская дом 1 ВА с. Целинное, ул. Рабочая д. 16. ВА с. Баян-Кол, ул. Центральная д. 2 ВА с. Сукпак, ул.Салчак Тока д. 33 ФАП с. Кара-Хаак, ул.Рабочая дом 15 ФАП с. Терлиг-Хая, ул.	Кызылский кожуун	Кардиология/неврология

	Рабочая д. 13. ФАП с. Усть-Элегест, ул.Улуг-Хемская дом 35 ФАП с. Шамбалыг, ул.Алдан-Маадыр д. 11 ФАП с. Ээрбек, ул. Степная д. 2		
ГБУЗ РТ «Бай-Тайгинская ЦКБ»	С. Тээли, ул.Ленина дом 55. ФАП Ээр-Хавак, с. Дружба, ул.Тайбын дом 4 Врачебная амбулатория с.Бай-Тал, ул. Ленина дом 16а Врачебная амбулатория с.Шуй,ул. Кудурукпай дом 1 Врачебная амбулатория с.Кызыл-Даг,ул.Эки-Турачылар дом 22 Врачебная амбулатория с.Кара-Холь, ул.Фабрика Антона дом 11.	Бай-Тайгинский кожуун	терапия
ГБУЗ РТ «Монгун-Тайгинская ЦКБ»	с. Мугур-Аксы, ул. Саны-Шири, дом 56 Участковая больница с. Кызыл-Хая ФАП с. Тоолайлыг, ул. Школьная д. 8	Монгун-Тайгинский кожуун	терапия
ГБУЗ РТ «Овюрская ЦКБ»	с. Хандагайты, ул.Октябрьская дом 1 Врачебная амбулатория с. Дус-Даг Врачебная амбулатория с. Саглы, ул.Чанчы-Хоо д. 16 ФАП с. Солчур ФАП с. Чаа-Суур ФАП с. Ак-Чыраа	Овюрский кожуун	терапия
ГБУЗ РТ «Сут-Хольская ЦКБ»	с. Суг-Аксы, ул. Алдан-Маадырская дом 16а ВОП с. Ишкин ФАП с. Ак-Даш, ул. Найырал д. 39а ФАП с. Алдан-Маадыр, ул. Дажы-Намчал, д. 25 ФАП с. Бора-Тайга, ул. Найырал д. 53/1 ФАП Кара-Чыраа, ул. Новая д. 15 ФАП с. Кызыл-Тайга	Сут-Хольский кожуун	терапия
ГБУЗ РТ «Дзун-Хемчикский	г. Чадан, ул. Ленина 74б, строение 1	Дзун-Хемчикский	Кардиология/неврология

ММЦ»	Врач. амбулатория с. Чыраа -Бажы 1. ФАП с. Шеми, ул. Ленина 36 2. ФАП с. Элдиг-Хем, ул. Новая 15 3. ФАП с. Хайыракан, ул. Сат Чудуймаа 50, кв 1 4. ФАП с. Хорум-Даг, ул. Х.А.Оюу д.4, кв 2. 5. ФАП с. Чыргакы, ул. Ийистерлиг дом 42, кв 2. 6. ФАП с. Баян-Тала, ул. Ленина дом 40, кв 2 7. ФАП с. Ийме, ул. Олзей-оол дом 12 8. ФАП с. Чыраа-Бажы, ул. Белекей дом 7 9. ФАП с. Бажын-Алаак, ул. Карл Маркс до 41 10. ФАП с. Теве-Хая, ул. Март-оол дом 18 11 ФАП с. Хонделен	кожуун	
ГБУЗ РТ «Чаа-Хольская ЦКБ»	с. Чаа-Холь, ул. Сундуй Андрей дом 13 ВА с. Ак-Дуруг ФАП с.Булун-Терек ФАП с.Шанчы	Чаа-Хольский кожуун	терапия
ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский ММЦ»	г. Шагонар ВА с. Арыг-Узуу, ул.Мира дом 5 ВА с. Хайыракан, ул.Адыг-Тюлюш дом 19/2 ВА с.Торгалыг, ул. Советская дом 92 ФАП. с Эйлиг-Хем, ул. Енисейская дом 2, кв 3 ФАП с.Арыскан, ул. Гагарина дом 28, кв 2 ФАП. с. Чодураа, ул. Шойдун дом 60 ФАП с. Эйлиг-Хем, местечко Ооруг, дом 5 ФАП с. Иштии-Хем, ул. Чаа-Суур дом 4,кв 2. ФАП с. Ийи-Тал, ул. Механизаторов дом 4, кв 1. ФАП с.Арыг-Бажы, ул. Александра Шойдук дом 9/1 ФАП с.Эъжим	Улуг-Хемский кожуун	Кардиология/неврология
ГБУЗ РТ «Чеди-	пос. Хову-Аксы, ул.	Чеди-Хольский	терапия

Хольская ЦКБ»	Спортивная 12 ВА с.Элегест ФАП с.Холчук, ул. Новая дом 6 ФАП Сайлыг, ул. Терешкова д.2а ФАП с. Ак-Тал ФАП с Чал-Кежиг	кожуун	
ГБУЗ «Тандинская ЦКБ» РТ	с. Бай-Хаак, ул. Советская дом 112 ВА с. Балгазын ФАП с. Владимировка ФАП с. Дурген ФАП с. Кочетово ФАП с. Кызыл-Арыг ФАП с. Межегей, ул. Ленина дом 40 ФАП с. Сосновка ФАП с. Успенка ФАП с. Усть-Хадын, ул.Туметей д. 2	Тандинский кожуун	кардиолог/невролог
ГБУЗ РТ «Пий-Хемская ЦКБ»	г. Туран, ул. Горная дом 14 ФАП с. Билелиг ФАП с.Сушь ФАП с.Тарлаг ФАП с. Хадын, ул. Почтовая д. 28а ФАП с. Хут ФАП с. Аржаан, ул. Комсомольская д. 12 ФАП с.Сесерлиг, ул. Малчын дом 13 ФАП с Уюк, ул. Красных Партизан д. 14а ФАП с. Шивилиг	Пий-Хемский кожуун	невролог
ГБУЗ РТ «Каа-Хемская ЦКБ»	с. Сарыг-Сеп, ул. Енисейская 135 Врачебная амбулатория с. Ильинка ФАП с. Бурен-Хем, ул. Енисейская 19 ФАП с. Бурен-Бай-Хаак ФАП с. Авыйган, ул. Юбилейная 1а ФАП с. Бояровка ФАП с. Дерзиг-Аксы Фап с. Кок-Хаак ФАП с. Кундустуг ФАП с. Сизим ФАП с. Суг-Бажы ФАП с. Усть-Бурен ФАП с. Усть -Ужеп	Каа-Хемский кожуун	невролог

	ФАП с. Эржей		
ГБУЗ РТ «Эрзинская ЦКБ»	с. Эрзин, ул. ВОП с. Нарын ВА с. Морен ФАП с. Бай-Даг, ул. Ленина 22 ФАП с. Булун-Бажы ФАП с. Качык	Эрзинский кожуун	невролог
ГБУЗ РТ «Тес- Хемская ЦКБ»	с. Самагалтай, ул. Кунаа 53 ВА с. О-Шынаа, ул. Чургуй-оол 27 ФАП с. Белдир- Арыг, ул. Соян Бады 2 ФАП с. У-Шынаа, ул. Набережная 5 ФАП с. Берт-Даг, ул. Ленина 38 ФАП с Шуурмак, ул. Лесная 27 ФАП с. Ак-Эрик, ул. Чооду Курседи 16	Тес-Хемский кожуун	Кардиолог/невролог
ГБУЗ РТ «Тоджинская ЦКБ»	с. Тоора-Хем ФАП с. Ий, ул. Дружба 8 ФАП с. Адыр-Кежиг ФАП с. Сыстыг-Хем ФАП с. Чазылар ФАП с. Ырбанский	Тоджинский кожуун	терапия
ГБУЗ РТ «Тере- Хольская ЦКБ»	с. Кунгуртут, ул. Молодежная ФАП с. Эми ФАП с. Каргы ФАП с. Балыктыг	Тере-Хольский кожуун	терапия
Учреждения, оказывающие только консультативную помощь по профилю			
ГБУЗ РТ «Республиканская больница №1»	г. Кызыл, ул. Оюна Курседи 163	Республика Тыва	сердечно-сосудистая хирургия

Таблица №2

**Перечень медицинских организаций всех форм собственности, оказывающих
первичную медико-санитарную помощь при болезнях
системы кровообращения**

Медицинские организации	Зоны ответственности	Численность прикрепленного взрослого населения
Консультативно-диагностическая поликлиника ГБУЗ РТ «Ресбольница №1»	Прикрепленная территория г. Кызыла	31779
ГБУЗ РТ «Республиканский консультативнодиагностический центр»	Прикрепленная территория г. Кызыла	54001

ГБУЗ РТ «Барум-Хемчикский ММЦ»	Барум-Хемчикский кожуун	14229
ГБУЗ РТ «Бай-Тайгинская ЦКБ»	Бай-Тайгинский кожуун	6314
ГБУЗ РТ «Дзун-Хемчикский ММЦ»	Дзун-Хемчикский кожуун	10796
ГБУЗ РТ «Овюрская ЦКБ»	Овюрский кожуун	4392
ГБУЗ РТ «Сут-Хольская ЦКБ»	Сут-Хольский кожуун	4925
ГБУЗ РТ «Монгун-Тайгинская ЦКБ»	Монгун-Тайгинский кожуун	3609
ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский ММЦ»	Улуг-Хемский кожуун	12293
ГБУЗ РТ «Чаа-Хольская ЦКБ»	Чаа-Хольский кожуун	3628
ГБУЗ РТ «Чеди-Хольская ЦКБ»	Чеди-Хольский кожуун	4643
ГБУЗ РТ «Тес-Хемская ЦКБ»	Тес-Хемский кожуун	5196
ГБУЗ РТ «Эрзинская ЦКБ»	Эрзинский кожуун	5872
ГБУЗ РТ «Тандинская ЦКБ»	Тандинский кожуун	9321
ГБУЗ РТ «Пий-Хемская ЦКБ»	Пий-Хемский кожуун	6916
ГБУЗ РТ «Каа-Хемская ЦКБ»	Каа-Хемский кожуун	7321
ГБУЗ РТ «Кызылская ЦКБ»	Кызылский кожуун	23202
ГБУЗ РТ «Тоджинская ЦКБ»	Тоджинский кожуун	4153
ГБУЗ РТ «Тере-Хольская ЦКБ»	Тере-Хольский кожуун	1199

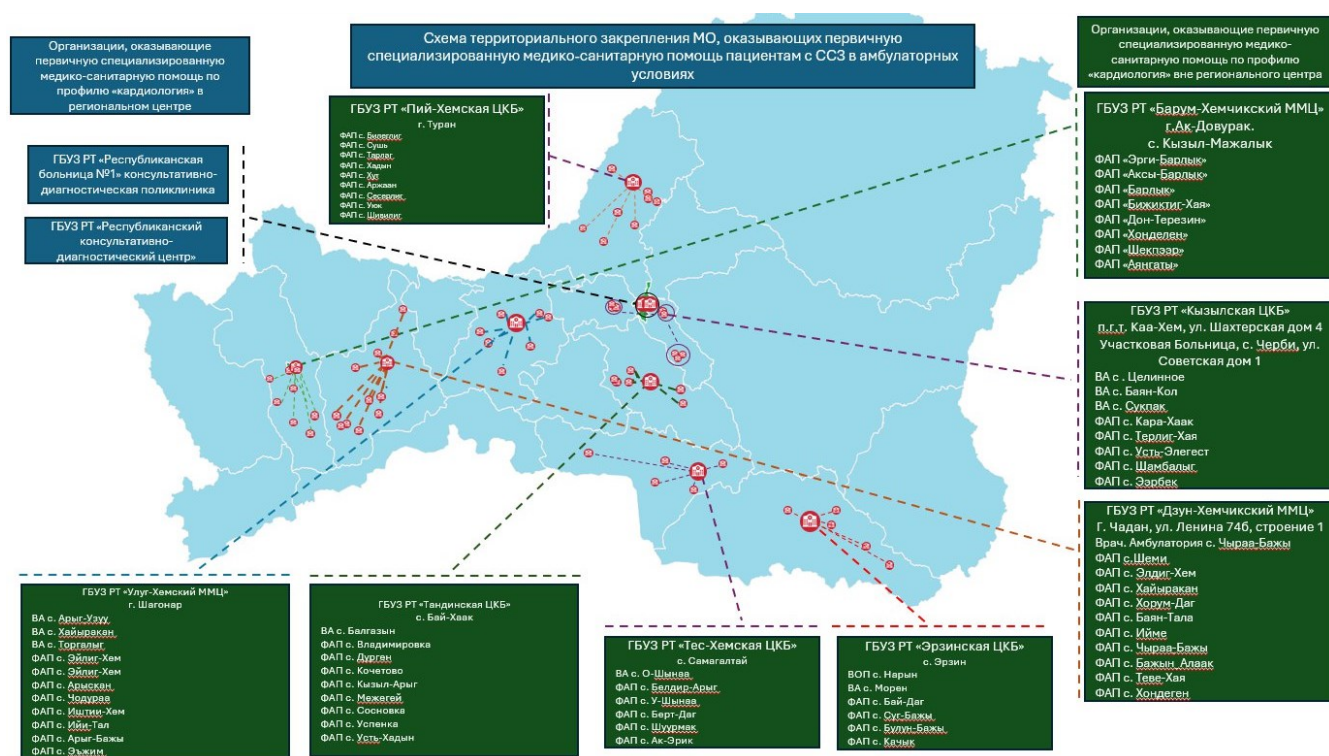


Рисунок 1.

Схема территориального закрепления МО, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь пациентам с ССЗ в амбулаторных условиях

**Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь больным с ССЗ
(с соответствующими зонами территориального прикрепления)**

Медицинские организации	Зоны ответственности	Численность прикрепленного взрослого населения
РСЦ ГБУЗ РТ «Ресбольница №1» кардиологическое отделение №1, №2, кардиохирургическое отделение, неврологическое отделение №1, №2, реабилитационное отделение	Вся территория Республики Тыва	214606
ГБУЗ РТ «Барум-Хемчикский ММЦ»	Барум-Хемчикский кожуун	14229
ГБУЗ РТ «Бай-Тайгинская ЦКБ»	Бай-Тайгинский кожуун	6314
ГБУЗ РТ «Дзун-Хемчикский ММЦ»	Дзун-Хемчикский кожуун	10796
ГБУЗ РТ «Овюрская ЦКБ»	Овюрский кожуун	4392
ГБУЗ РТ «Сут-Хольская ЦКБ»	Сут-Хольский кожуун	4925
ГБУЗ РТ «Монгун-Тайгинская ЦКБ»	Монгун-Тайгинский кожуун	3609
ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский ММЦ»	Улуг-Хемский кожуун	12293
ГБУЗ РТ «Чаа-Хольская ЦКБ»	Чаа-Хольский кожуун	3628
ГБУЗ РТ «Чеди-Хольская ЦКБ»	Чеди-Хольский кожуун	4643
ГБУЗ РТ «Тес-Хемская ЦКБ»	Тес-Хемский кожуун	5196
ГБУЗ РТ «Эрзинская ЦКБ»	Эрзинский кожуун	5872
ГБУЗ РТ «Тандинская ЦКБ»	Тандинский кожуун	9321
ГБУЗ РТ «Пий-Хемская ЦКБ»	Пий-Хемский кожуун	6916
ГБУЗ РТ «Каа-Хемская ЦКБ»	Каа-Хемский кожуун	7321
ГБУЗ РТ «Кызылская ЦКБ»	Кызылский кожуун	23202
ГБУЗ РТ «Тоджинская ЦКБ»	Тоджинский кожуун	4153
ГБУЗ РТ «Тере-Хольская ЦКБ»	Тере-Хольский кожуун	1199

Перечень ответственных лиц, их полномочия и зоны ответственности, а также механизм контроля за соблюдением Регионального порядка.

Медицинская организация	Ответственные должностные лица	Контакты
РСЦ ГБУЗ «Ресбольница № 1»	Руководитель РСЦ	8-983-516-60-46
	Заведующий кардиологическим отделением №1	8-39422-6-40-02
	Врач дистанционного ЭКГ - консультирования	8-929-317-78-49
	Заведующий кардиологическим отделением № 2	8-39422-6-11-27
	КДЦ диспетчер	8-923-263-67-88, (39422)-3-78-88
	Заведующий кардиохирургическим отделением	8-983-516-60-46
	Заведующий неврологическим отделением №1	8-923-384-23-95
	Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе	(394-22)-2-11-33
ГБУЗ РТ «Республиканский консультативно – диагностический центр»	Заместитель главного врача по организационно-методической работе	(394-22) 2-79-57
ГБУЗ РТ «Барум-Хемчикский ММЦ»	Заведующая ПСО	8-923-590-16-67
ГБУЗ РТ «Республиканский центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф»	Начальник	(394-22) 2-32-22
ГБУЗ РТ «Кызылская ЦКБ»	Главный врач	9-14-56
ГБУЗ РТ «Бай-Тайгинская ЦКБ»	Главный врач	(394-42) 2-13-95
ГБУЗ РТ «Монгун-Тайгинская ЦКБ»	Главный врач	(394-51) 5-14-36
ГБУЗ РТ «Овюрская ЦКБ»	Главный врач	(394-44) 2-13-09
ГБУЗ РТ «Сут-Хольская ЦКБ»	Главный врач	(394-45) 2-12-83
ГБУЗ РТ «Дзун-Хемчикский ММЦ»	Главный врач	(394-34)2-10-12
ГБУЗ РТ «Чаа-Хольская ЦКБ»	Главный врач	(394-43) 2-14-35
ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский ММЦ»	Главный врач	(394-36) 2-11-75
ГБУЗ РТ «Чеди-Хольская ЦКБ»	Главный врач	(394-52) 2-23-49

ГБУЗ «Тандинская ЦКБ» РТ	Главный врач	(394-37) 2-13-32
ГБУЗ РТ «Пий-Хемская ЦКБ»	Главный врач	(394-35)2-13-10
ГБУЗ РТ «Каа-Хемская ЦКБ»	Главный врач	(394-32) 2-22-93, 2-25-93
ГБУЗ РТ «Эрзинская ЦКБ»	Главный врач	(394-39) 2-23-29
ГБУЗ РТ «Тес-Хемская ЦКБ»	Главный врач	(394-38) 2-11-31
ГБУЗ РТ «Тоджинская ЦКБ»	Главный врач	(394-50)3-94-50
ГБУЗ РТ «Тере-Хольская ЦКБ»	Главный врач	8-996-339-27-32 8-923-261-18-51

3.2. 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-участковыми цехового врачебного участка, врачами-специалистами, средними медицинскими работниками пациент с подозрением на наличие или с установленным ССЗ должен быть направлен к врачу-специалисту (врачу-кардиологу, врачу-неврологу, врачу ССХ). В соответствии с приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 918н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с ССЗ» 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 доврачебная и врачебная медико-санитарная помощь при сердечно-сосудистых заболеваниях амбулаторно оказывается участковым врачом-терапевтом (фельдшером), врачом общей практики в день обращения по участково-территориальному принципу.

При необходимости медицинского наблюдения и лечения в дневное время, не требующего круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, участковый врач-терапевт направляет пациента в стационар дневного пребывания при территориальной поликлинике. При внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента подразделениями территориальных поликлиник в часы работы оказывается неотложная медицинская помощь, в том числе выездная.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-кардиологами, врачами-неврологами в амбулаторных условиях в кардиологических кабинетах по направлению врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики, врачей-специалистов; для состоящих под диспансерным наблюдением у врача-кардиолога - и при самостоятельном обращении больного в медицинскую организацию.

В случае отсутствия в медицинской организации врача-кардиолога, врача-невролога первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается в терапевтическом кабинете врачом-терапевтом участковым, прошедшим в установленном порядке повышение квалификации. При невозможности дообследования, неясном диагнозе, неэффективности лечения пациенты направляются на консультацию к врачам-специалистам в Консультативно-диагностическую поликлинику ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1».

Диспансерное наблюдение за пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 15 марта 2022 года № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» врачами-терапевтами и кардиологами территориальных поликлиник по месту прикрепления пациента.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается при

экстренных и неотложных состояниях сердечно - сосудистых заболеваний вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими организациями, медицинскими организациями, включенными в перечень медицинских организаций всех форм собственности, оказывающих скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь при болезнях системы кровообращения.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь больным, требующим срочного медицинского вмешательства, вне медицинской организации оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи.

На территории Республики Тыва действует единая диспетчерская служба скорой медицинской помощи и станция скорой медицинской помощи в г. Кызыле и центральных кожуунных больницах.

Скорая медицинская помощь больным при остром коронарном синдроме (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда) оказывается фельдшерами и врачами бригад скорой медицинской помощи в соответствии с Регламентом маршрутизации пациентов с ОКС, скорая медицинская помощь при ОНМК - в соответствии с Регламентом маршрутизации пациентов с ОНМК, при иных острых и неотложных сердечно-сосудистых состояниях - в соответствии с Регламентом маршрутизации пациентов с иными острыми и неотложными сердечно - сосудистыми состояниями.

При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний больной направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «кардиология», «неврология» или «сердечно - сосудистая хирургия», в соответствии с перечнем медицинских организаций всех форм собственности, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь при болезнях системы кровообращения.

Специализированная медицинская помощь больным оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по направлению врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, врачей-кардиологов, врачей-неврологов, врачей-специалистов, при доставлении больного бригадой скорой медицинской помощи, а также при самостоятельном обращении больного в медицинскую организацию, предусмотренную перечнем медицинских организаций всех форм собственности, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь при болезнях системы кровообращения.

Список контактов для согласования плановой госпитализации предусмотрен регламентом маршрутизации пациентов с хроническими формами сердечно-сосудистых заболеваний.

Отбор и подготовка больных для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется на этапе первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи. При наличии показаний к проведению плановой рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения больной направляется в ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1».

После завершения рентгенэндоваскулярной диагностики больному при наличии медицинских показаний выполняется операция с применением рентгенэндоваскулярных методов лечения под рентгеновским контролем в условиях операционной, оснащенной специализированной ангиографической установкой.

При отсутствии медицинских показаний к оказанию медицинской помощи с применением кардиохирургических, в том числе рентгенэндоваскулярных методов лечения, больной направляется на лечение в кардиологическое отделение или другое профильное отделение медицинской организации, предусмотренную перечнем медицинских организаций всех форм собственности, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь при болезнях системы кровообращения.

При необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов

лечения при вероятной эффективности других методов лечения, высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций оказание специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется в федеральных государственных медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, в соответствии с Положением об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, утвержденным приказом Минздрава России от 01 сентября 2025 г. № 185н, и Порядком организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздрава России от 01 сентября 2025 г. № 186н.

В целях обеспечения прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи предельные сроки ожидания составляют:

1. сроки ожидания приема врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), не должны превышать 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;
2. сроки ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме не должны превышать 2 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;
3. сроки проведения консультаций врачей-специалистов не должны превышать 14 рабочих дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию;
4. сроки проведения диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования, электрокардиография с физической нагрузкой и велоэргометрия) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 14 рабочих дней со дня назначения исследований;
5. сроки проведения компьютерной томографии (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 14 рабочих дней со дня назначения;

Максимальное время ожидания госпитализации составляет не более трех часов с момента определения показаний. Больной должен быть осмотрен в приемном отделении не позднее 30 минут с момента обращения, а при угрожающих жизни состояниях — немедленно. В случаях, когда для окончательной постановки диагноза требуются динамическое наблюдение и полный объем неотложных лечебно-диагностических мероприятий, допускается нахождение больного в приемном отделении до 4 часов. За этот период больному осуществляется полный объем неотложных лечебно-диагностических мероприятий.

Экстренная медицинская помощь должна быть оказана при обращении пациента в любое время суток. После оказания неотложной помощи и определения маршрута пациента транспортабельный больной может быть переведен в соответствующее отделение медицинской организации.

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. 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.

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 территориальных программах время доезда бригад скорой медицинской помощи может быть обоснованно скорректировано с учетом транспортной доступности, плотности населения, а также климатических и географических особенностей регионов.

Медицинская помощь по неотложным показаниям в амбулаторных условиях оказывается врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) осуществляется в день обращения пациента в медицинскую организацию. Оказание первичной медико-санитарной помощи в плановой форме осуществляется по предварительной записи пациентов, в том числе в электронной форме. Срок ожидания приема врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами участковыми не должен превышать 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию.

Сроки ожидания оказания высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме устанавливаются федеральным 10 органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения. В медицинских организациях, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях, ведется «лист ожидания» оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме и осуществляется информирование граждан в доступной форме, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети Интернет, о сроках ожидания оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

Больные, получившие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, направляются для медицинской реабилитации в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации.

Способы и механизмы контроля за показателями:

1. Промежуток между получением направления к врачу-специалисту и явкой госпитализации: к участковому терапевту при первичном обращении можно записаться в течение 2 дней, не превышать 7 дней с момента обращения в медицинскую организацию. Далее терапевт записывает к узким специалистам срок ожидания не превышает 14 дней. Для контроля за записью к врачам, создан региональный колл-центр по номеру 3-77-00, который контролирует записи и проводит обзвон пациентов.
2. Сроки проведения инструментальных и лабораторных обследований в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи: лабораторные исследования на следующий день, на ФГ в день обращения, ЭКГ сроки не превышают 2 дня, Эхо-КГ, УЗИ ОБП и почек, Холтер, СМАД не превышают 14 дней. Контроль и выгрузка направлений в системе РМИАС-2.
3. Время и форма (экстренная, неотложная, плановая) госпитализация в стационар в связи с ССЗ с момента выявления заболевания:
- 3.1. 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.
- 3.2. В неотложной и плановой форме больной должен быть осмотрен в приемном отделении не позднее 30 минут с момента обращения, а при экстренной форме угрожающих жизни состояниях — немедленно. В медицинских организациях ГБУЗ РТ «Республиканская больница №1» кардиологическое отделение №1 и неврологическое отделение №1, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную (ЧКВ, имплантация электрокардиостимулятора),

медицинскую помощь в стационарных условиях, ведется «лист ожидания» оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме и осуществляется информирование граждан в доступной форме, о сроках ожидания оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

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

- Сроки взятия под диспансерное наблюдение от момента установления диагноза.
- Периодичность диспансерных приемов – 1 раз в 6 месяцев.
- Соблюдения перечня контролируемых показателей в рамках диспансерного наблюдения в соответствии с клиническими рекомендациями и согласно приказу МЗ РФ от 15.03.2022 №168Н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми".
- Охват диспансерного наблюдения лиц, подлежащих ДН, в том числе трудоспособного возраста – не менее 90%.

Механизм сроки и перечень мониторируемых целевых показателей согласно приказу МЗ РТ №677пр/25 от 21.05.2025 «Об организации диспансерного наблюдения за взрослым населением Республики Тыва».

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

Таблица №5

Наименование медицинской организации	фактический адрес	зоны ответственности	форма оказания медицинской помощи	профиль помощи (кардиология/неврология)
РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница №1»	г. Кызыл, ул. Оюна Курседи д. 163	Республика Тыва	экстренная, неотложная, плановая	кардиология/неврология /сердечно-сосудистая хирургия
Первичное сосудистое отделение (ПСО) ГБУЗ РТ «Барум-Хемчикский ММЦ»	г. Ак-Довурак, ул. Центральная д.18, главный корпус, 1 этаж, контактный телефон: 8-923-590-16-67	Барум-Хемчикский кожуун Бай-Тайгинский кожуун Дзун-Хемчикский кожуун Сут-Хольский кожуун	экстренная, неотложная, плановая	кардиология/неврология

ГБУЗ РТ «Дзун-Хемчикский ММЦ»	г. Чадан, ул. Ленина 37, терапевтическое отделение, контактный телефон: 8-(39434)-214-68			
-------------------------------	--	--	--	--

Таблица №6

Перечень медицинских организаций всех форм собственности, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь при болезнях системы кровообращения

Медицинские организации	Количество специализированных коек, наличие статуса ПСО, РСЦ, наличие рентгенооперационной	Зоны ответственности	Численность прикрепленного взрослого населения
РСЦ ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1» кардиологическое отделение № 1	23 коек, РСЦ, 2 ангиоустановки	Республика Тыва	214606
ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1» кардиологическое отделение № 2	36 коек		
ГБУЗ РТ «Ресбольница №1» неврологическое отделение №1	39 коек		
ПСО ГБУЗ РТ «Барум-Хемчикский ММЦ»	11 коек, ПСО	Барум-Хемчикский	14229
ГБУЗ РТ «Бай-Тайгинская ЦКБ»	Нет кардиологических коек, только терапевтические	Бай-Тайгинский кожуун	6314
ГБУЗ РТ «Дзун-Хемчикская ЦКБ»	Нет кардиологических коек, только терапевтические	Дзун-Хемчикский кожуун	10796
ГБУЗ РТ «Овюрская ЦКБ»	Нет кардиологических коек, только терапевтические	Овюрский кожуун	4392
ГБУЗ РТ «Сут-Хольская ЦКБ»	Нет кардиологических коек, только терапевтические	Сут-Хольский кожуун	4925
ГБУЗ РТ «Монгун-Тайгинская ЦКБ»	Нет кардиологических коек, только терапевтические	Монгун-Тайгинский кожуун	3609
ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский ММЦ»	Нет кардиологических коек, только терапевтические	Улуг-Хемский кожуун	12293
ГБУЗ РТ «Чаа-Хольская ЦКБ»	Нет кардиологических коек, только терапевтические	Чаа-Хольский кожуун	3628

ГБУЗ РТ «Чеди-Хольская ЦКБ»	Нет кардиологических коек, только терапевтические	Чеди-Хольский кожуун	4643
ГБУЗ РТ «Тес-Хемская ЦКБ»	Нет кардиологических коек, только терапевтические	Тес-Хемский кожуун	5196
ГБУЗ РТ «Эрзинская ЦКБ»	Нет кардиологических коек, только терапевтические	Эрзинский кожуун	5872
ГБУЗ РТ «Тандинская ЦКБ»	Нет кардиологических коек, только терапевтические	Тандинский кожуун	9321
ГБУЗ РТ «Пий-Хемская ЦКБ»	Нет кардиологических коек, только терапевтические	Пий-Хемский кожуун	6916
ГБУЗ РТ «Каа-Хемская ЦКБ»	Нет кардиологических коек, только терапевтические	Каа-Хемский кожуун	7321
ГБУЗ РТ «Кызылская ЦКБ»	Нет кардиологических коек, только терапевтические	Кызылский кожуун	23202
ГБУЗ РТ «Тоджинская ЦКБ»	Нет кардиологических коек, только терапевтические	Тоджинский кожуун	4153
ГБУЗ РТ «Тере-Хольская ЦКБ»	Нет кардиологических коек, только терапевтические	Тере-Хольский кожуун	1199

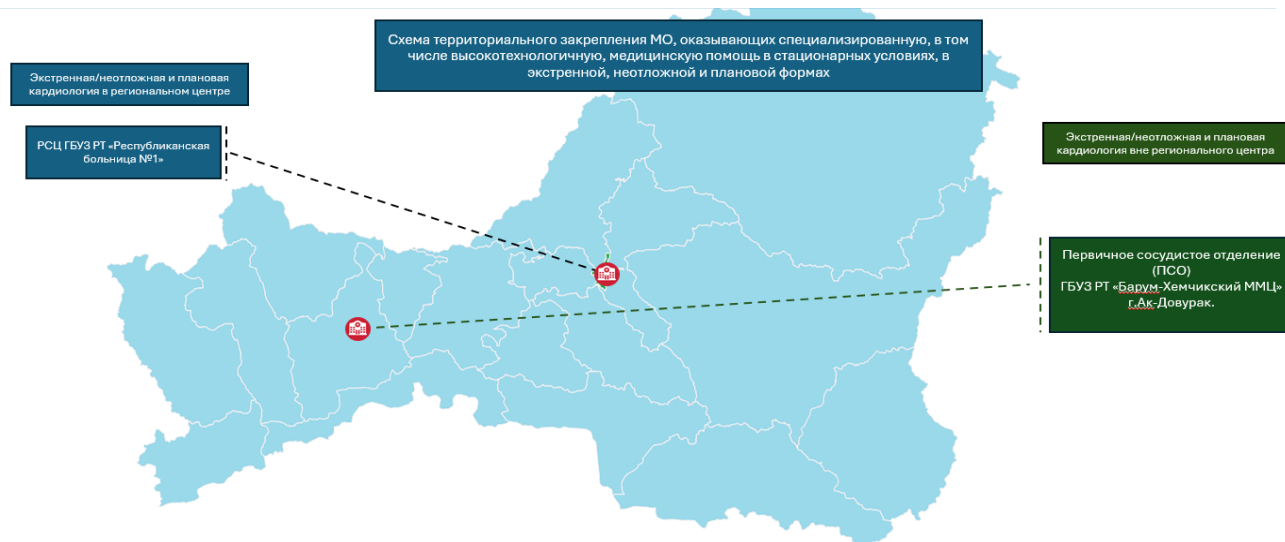


Рисунок №2

Схема территориального закрепления МО, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях, в экстренной, неотложной и плановой формах

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

Направление пациентов с ССЗ на плановую госпитализацию осуществляется в соответствии с действующей территориальной программой государственных гарантий и соответствующими нормативными правовыми актами Минздрава России: Приказом № 185н от

01.09.2025 года, Приказом № 186н от 01.09.2025 года, Приказом № 617н, Приказом № 918н, Приказом № 928н; Приказом № 1363н.

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.

Сроки ожидания оказания высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме устанавливаются федеральным 10 органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения. В медицинских организациях, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях, ведется «лист ожидания» оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме и осуществляется информирование граждан в доступной форме, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети Интернет, о сроках ожидания оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

3.6. 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 № 185н, Приказ № 918н; Приказ № 919н; Приказ № 928н, Приказ № 931н. В соответствии с Приказом № 185н, для получения специализированной медицинской помощи в экстренной или неотложной форме пациент доставляется выездной бригадой скорой медицинской помощи или самостоятельно обращается в МО до установления предварительного диагноза не должно превышать 1 часа. Для пациентов с ССЗ, для которых не предусмотрен отдельный регламент маршрутизации, выбор МО осуществляется в соответствии с перечнем учреждений, оказывающих помощь по профилям «кардиология», «неврология» и «ССХ» в экстренном/неотложном порядке. В случае непрофильной госпитализации по мониторингу через консультативно-дистанционный центр, лечащий врач/заведующий отделения/заместитель главного врача по медицинской работе непрофильного отделения согласовать перевод с врачом/заведующим отделения/заместителем главного врача по лечебной работе профильного отделения и организовать сроки и способы транспортировки в профильное отделение.

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

Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение регулируются Приказом № 279н, Приказом № 788н. 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.

Согласно приказу МЗ РТ «186пр/21 от 27.02.2021года «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых по профилю «Медицинская реабилитация» в Республике Тыва». Медицинская реабилитация осуществляется в три этапа. Медицинская реабилитация на всех этапах осуществляется мультидисциплинарной реабилитационной командой (далее - МДРК). При реализации мероприятий по медицинской реабилитации на всех этапах МДРК осуществляется под руководством врача по физической и реабилитационной медицине/врача по медицинской реабилитации. Для определения индивидуальной маршрутизации пациента при реализации мероприятий по медицинской реабилитации, включая этап медицинской реабилитации и группу медицинской организации, применяется шкала реабилитационных мероприятий (ШРМ).

Первый этап медицинской реабилитации рекомендуется осуществлять в структурных подразделениях медицинской организации, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях по профилям: «анестезиология и реаниматология», «неврология», «травматология и ортопедия», «сердечно-сосудистая хирургия», «кардиология», «терапия», «онкология», «нейрохирургия», «пульмонология». Мероприятия по медицинской реабилитации на первом этапе должны быть начаты в острейший (до 72 часов) и острый периоды течения заболевания, при неотложных состояниях, состояниях после оперативных вмешательств (в раннем послеоперационном периоде), хронических критических состояниях и осуществляются ежедневно, продолжительностью не менее 1 часа, но не более 3 часов. При переводе пациента из отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реаниматология», для продолжения лечения в отделение, оказывающее специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилям, указанным в пункте 10 настоящего Порядка, в переводном эпикризе указываются реабилитационный диагноз (перечень кодов по Международной классификации функционирования (МКФ), ограничений жизнедеятельности и здоровья, одобренная на 54 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 22 мая 2001 г.), реабилитационный потенциал, перечень проведенных диагностических и реабилитационных мероприятий, их эффективность, показатель ШРМ, рекомендации о необходимости продолжения оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации с указанием условий ее оказания и целей.

Медицинская реабилитация на втором этапе осуществляется по направлению лечащего врача медицинской организации, осуществляющего медицинскую реабилитацию на первом этапе, либо по направлению врача терапевта (врача-терапевта участкового), врача общей практики (семейного врача), врача-специалиста. Мероприятия по медицинской реабилитации на втором этапе должны быть начаты в острый и ранний восстановительный периоды течения заболевания или травмы и период остаточных явлений течения заболевания и осуществляются ежедневно, продолжительностью не менее 3 часов. При выписке пациента из медицинской

организации, осуществляющей медицинскую реабилитацию на втором этапе, пациенту выдается выписка из медицинской карты стационарного больного, в которой указываются клинический диагноз заболевания (состояния), реабилитационный диагноз (перечень кодов по МКФ), сведения о реабилитационном потенциале, ИПМР, факторы риска проведения реабилитационных мероприятий, следующий этап медицинской реабилитации с учетом показателей ШРМ.

Третий этап медицинской реабилитации осуществляется при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара (амбулаторное отделение медицинской реабилитации, отделение медицинской реабилитации дневного стационара), в том числе в центрах медицинской реабилитации, санаторно-курортных организациях. Медицинская реабилитация на третьем этапе осуществляется по направлению врача-терапевта (врача-терапевта участкового), врача общей практики (семейного врача), врача-специалиста, либо по направлению лечащего врача медицинской организации, осуществляющей медицинскую реабилитацию на первом и (или) втором этапах. Мероприятия по медицинской реабилитации на третьем этапе осуществляются не реже, чем один раз каждые 48 часов, продолжительностью не менее 3 часов. Пациенты, имеющие медицинские показания для оказания паллиативной медицинской помощи, направляются в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь согласно Положению 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. Пациенты, имеющие медицинские показания для оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия», направляются для ее оказания в соответствии с Порядком.

Медицинские организации, осуществляющие медицинскую реабилитацию, подразделяются на четыре группы: медицинские организации первой группы осуществляют медицинскую реабилитацию при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара пациентам, состояние которых оценивается 1-3 балла по ШРМ.

Медицинские организации второй группы осуществляют медицинскую реабилитацию при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара и (или) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях пациентам, состояние которых оценивается 2-5 баллов по ШРМ.

Медицинские организации третьей группы осуществляют медицинскую реабилитацию при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и (или) при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях пациентам, состояние которых оценивается 2-6 баллов по ШРМ.

Медицинские организации четвертой группы - федеральные учреждения, осуществляющие медицинскую реабилитацию при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и (или) при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях пациентам, состояние которых оценивается 3-6 баллов по ШРМ.

Таблица №7

**Схема-маршрутизация при оказании медицинской помощи по профилю
«медицинская реабилитации» взрослого населения на территории Республики Тыва**

I этап реабилитации	
	Наименование МО
В отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), отделение ранней реабилитации с учетом ШРМ 4-6 баллов в стационарных условиях по профилям:	- ГБУЗ РТ «Республиканская больница №1» - Первичное сосудистое отделение ГБУЗ РТ «Барун-Хемчикского межкожуунного центра»

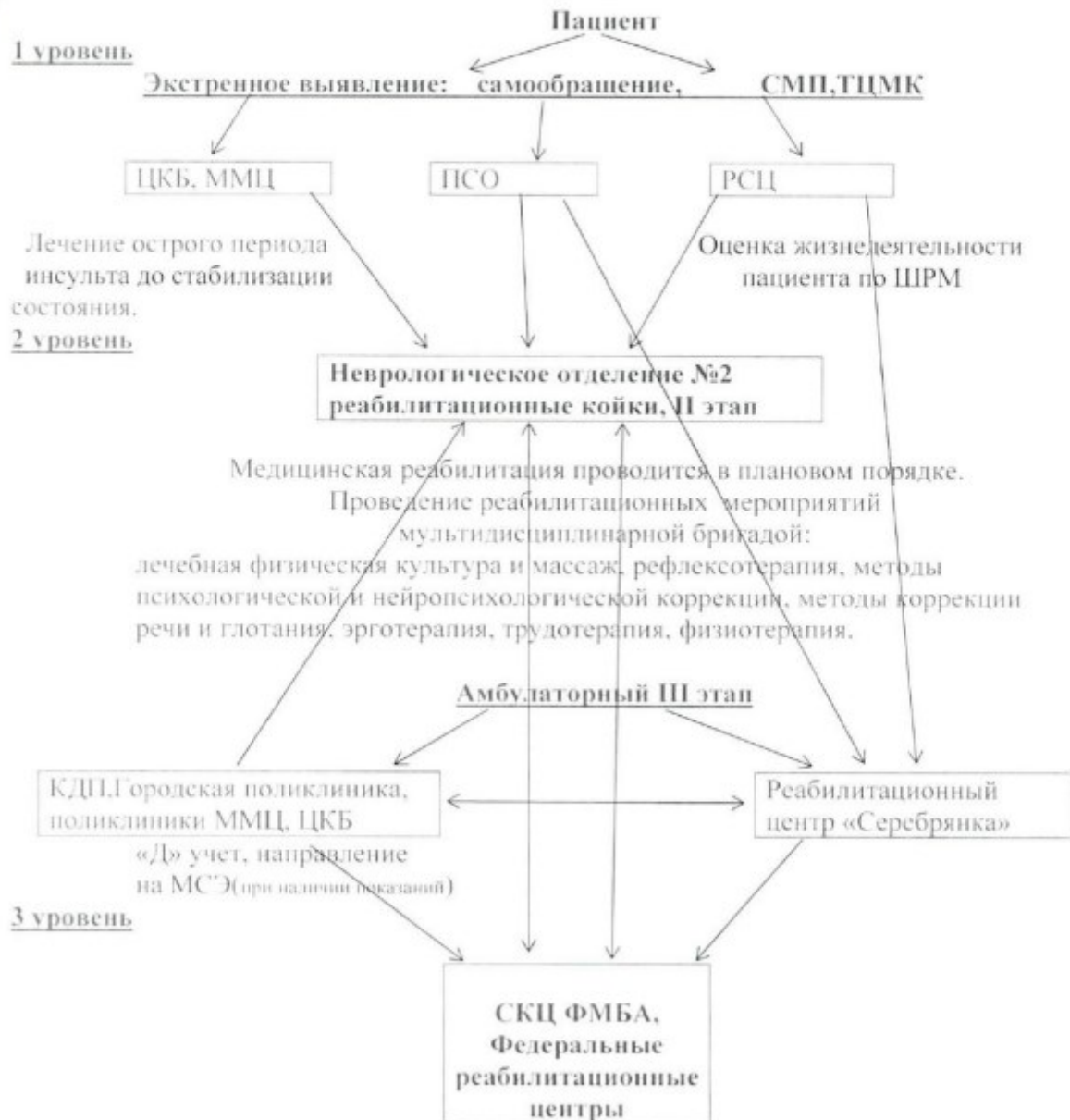
«анестезиология и реаниматология», «неврология», «травматология и ортопедия», «сердечно-сосудистая хирургия», «кардиология», «терапия», «онкология», «нейрохирургия», «пульмонология». При заболеваниях или состояниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы, при заболеваниях или состояниях центральной нервной системы	
II этап реабилитации:	
По направлению лечащего врача медицинской организации с учетом ШРМ 3-6 баллов в отделение медицинской реабилитации в стационарных условиях (отделение медицинской реабилитации для пациентов с нарушениями функции ЦНС) по профилям: «неврология», «травматология и ортопедия», «сердечно-сосудистая хирургия», «кардиология»,	ГБУЗ РТ «Республиканская больница №1»
в отделение медицинской реабилитации в стационарных условиях. При заболеваниях или состояниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы. При заболеваниях или состояниях центральной нервной системы. При соматических заболеваниях;	ГАУЗ РТ «Санаторий профилакторий Серебрянка»
в отделение медицинской реабилитации в стационарных условиях при соматических заболеваниях (постковидная реабилитация);	ГБУЗ РТ «Инфекционная больница»
III этап реабилитации:	
По направлению лечащего врача медицинской организации с ШРМ 1-3 баллов при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях при заболеваниях или состояниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы, при заболеваниях или состояниях центральной нервной системы, при соматических заболеваниях, при онкологических заболеваниях	ГБУЗ РТ «Республиканский консультативно-диагностический центр»; ГБУЗ РТ «Республиканская больница №1» - консультативно-диагностическая поликлиника
(Отделение медицинской реабилитации дневного стационара), в том числе в санаторно-курортных организациях. При заболеваниях или состояниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы, при заболеваниях или состояниях центральной нервной системы, при соматических заболеваниях.	ГАУЗ РТ «Санаторий профилакторий Серебрянка»

По окончании срока стационарного лечения в отделении, предусмотренного стандартами медицинской помощи при состояниях, отнесенных к ОНМК, дальнейшая тактика ведения и реабилитация пациента с ОНМК определяются врачебным консилиумом в составе заведующего отделением, лечащего врача, бригады специалистов, участвовавших в восстановлении

нарушенных вследствие ОНМК функций нервной системы, с записью в медицинской карте стационарного пациента, согласно шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ).

Пациенты по шкале ШРМ 1-2	Направляются на долечивание и реабилитацию в амбулаторно-поликлинические медицинские организации (поликлиники города, ММЦ/ЦКБ)
Пациенты по шкале ШРМ 3-4	Направляются в плановом порядке в реабилитационное отделение ГБУЗ РТ «РБ №1».
Пациенты по шкале ШРМ 4-6	Направляются в терапевтические отделения медицинских организаций по месту жительства и реабилитационное отделение ГБУЗ РТ «РБ №1».
Пациенты, отказавшиеся от реабилитации	Направляются домой под наблюдение медицинского работника по месту жительства

Схема маршрутизации пациентов для проведения реабилитационных мероприятий в стационарных условиях



**Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую реабилитацию
пациентам с ССЗ**

наименование медицинской организации	фактический адрес	зона ответственности	профиль помощи	уровень и характер медицинской реабилитации
ГБУЗ РТ «Ресбольница №1»	г. Кызыл, ул. Титова 88	Республика Тыва	кардиология/ ССХ	2 уровень реабилитации пациентов с общесоматическим и заболеваниями
			неврология	2 уровень медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции центральной нервной системы
Первичное сосудистое отделение ГБУЗ РТ «Барун- Хемчикского межкожуунного центра»	г. Ак- Довурак, ул. Центральная д.18,	Барум- Хемчикский кожуун, Дзун- Хемчикский кожуун, Бай- Тайгинский кожуун, Сут- Хольский кожуун.	неврология	2 уровень медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции центральной нервной системы
ГБУЗ РТ «Республиканская больница 1» консультативно- диагностическая поликлиника	г. Кызыл, ул. Щетинкина Кравченко, дом 61, г. Кызыл, ул. Гагарина 44.	г. Кызыл	кардиология	3 уровень реабилитации пациентов с общесоматическим и заболеваниями
			неврология	3 уровень медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции центральной и периферической нервной системы
ГБУЗ РТ «Республиканский консультативно – диагностический центр»	г. Кызыл, ул. Дружба 36а г. Кызыл, ул. Бай- Хаакская 146	г. Кызыл	кардиология	3 уровень реабилитации пациентов с общесоматическим и заболеваниями
			неврология	3 уровень медицинской реабилитации пациентов с нарушением

				функции центральной и периферической нервной системы
--	--	--	--	--

Таблица №9

Перечень МО, оказывающих санаторно-курортное лечение пациентам с ССЗ

наименование медицинской организации	фактический адрес	профиль пациентов, направляемых на санаторно-курортное лечение
ГАУЗ РТ «Санаторий профилакторий Серебрянка»	Кызылский кожуун, п.г.т. Каа-Хем, ул. Профилакторская 1а	кардиология
		неврология

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

В Республике Тыва обеспечение необходимыми лекарственными препаратами на основании приказа МЗ РТ №1186пр/21 от 07.10.2021г «Об утверждении порядка взаимодействия участников реализации программ льготного лекарственного обеспечения на территории Республики Тыва» определяет порядок взаимодействия между участниками программ льготного лекарственного обеспечения граждан, включенных в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, необходимыми лекарственными препаратами (далее – ОНЛП), граждан, имеющих право на предоставление мер социальной поддержки по лекарственному обеспечению за счет средств республиканского бюджета (далее – региональная льгота), граждан, включенных в Федеральный регистр лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, апластической анемией неуточненной, наследственным дефицитом факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта - Прауэра), лиц после трансплантации органов и (или) тканей (далее – ВЗН), граждан, лекарственными препаратами и специализированными продуктами питания для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, за счет средств республиканского бюджета (далее - редкие (орфанные) заболевания), отдельных категорий граждан, проживающих на территории Республики Тыва, лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами питания для детей-инвалидов в амбулаторно-поликлинических подразделениях медицинских организаций, имеющих право на выписку льготных рецептов, а также контроля за рациональным и целевым расходованием средств, направленных на эти цели.

Руководителям государственных учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную медицинскую помощь, организовать в срок до трех дней от момента выписки из стационара, постановку под диспансерное наблюдение и выписку рецепта на льготное лекарственное обеспечение пациентам, 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 40%, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний.

При завершении стационарного этапа лечения пациента лечащий врач направляет на

электронную почту kabinet_vr22@mail.ru выписку из истории болезни с рекомендациями врачебной комиссии по назначению льготных лекарственных препаратов в зависимости от категории льготы, а также сообщает по телефону: 2-14-87.

Пациент в день выписки приходит в кабинет высокого риска и вторичной профилактики, который находится по адресу: г. Кызыл, ул. Ленина 44, 2 этаж, 27кабинет.

Врач кабинета заносит данные пациента в регистр «Сердечно-сосудистых заболеваний» и выписывает рекомендованные препараты в соответствии с перечнем лекарственных препаратов для медицинского применения в целях обеспечения в амбулаторных условиях 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 40%, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, в течение 2 лет с даты постановки диагноза и (или) выполнения хирургического вмешательства, утвержденным приказом Минздрава России от 06 февраля 2024 г. № 37н.

Также в день выписки больного лечащий врач передает по телефону в медицинское учреждение, где пациент прикреплен и отправляет выписку из истории болезни на электронный адрес медицинской организации по месту прикрепления. Пациент наблюдается в течении 1 года у врача кардиолога-реабилитолога по месту жительства и после 1 года передается участковому врачу терапевту. Если нет врача кардиолога по месту жительства, то пациента наблюдается у участкового врача терапевта. Пациенту выписываются все рекомендованные препараты согласно приказу № 37н. В кабинете высокого риска и вторичной профилактики пациенты наблюдаются 1 раз в квартал в течении 2 лет. Врач кабинета контролирует состояние и контролирует выписку и прием рекомендованных препаратов. В кабинете высокого риска и вторичной профилактики также должны наблюдаться пациенты после проведенных операций на сердце - коронарного шунтирования и радиочастотной абляции по поводу аритмии. Если пациент имеет инвалидность, то рекомендованные препараты должны выписываться по федеральному регистру. Ответственные лица территориальных поликлиник ежедневно формируют реестр выписанных пациентов, немедленно доводят информацию до участковых терапевтов, которые организуют в течение 24 часов выписку рецептов на льготные лекарственные препараты и доставку их пациентам, в том числе с участием волонтеров. Силами волонтеров при необходимости организуется также получение препаратов в аптеке и доставка их в адрес пациента.

Механизм оценки эффективности реализации программы бесплатного лекарственного обеспечения реализует лекарственный отдел МЗ РТ и включает проверку корректности отчетности; сроков и объема выдачи лекарственных препаратов; возобновления рецептов и удержания пациентов в программе; остатков лекарственных препаратов и сроков их реализации; а также механизмов повышения охвата льготным лекарственным обеспечением.

IV. Принципы формирования регламентов маршрутизации при отдельных нозологиях.

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

Настоящий регламент регулирует вопросы маршрутизации пациентов на отдельные виды диагностических исследований сердечно-сосудистой системы, за исключением случаев, которые описываются отдельными Регламентами маршрутизации. В Регламенте маршрутизации на проведение отдельных видов исследований сердечно-сосудистой системы рекомендовано отразить следующую информацию:

1. Перечень регламентируемых в документе методов диагностики, а также перечень МО, где данные методы диагностики доступны (таблица 6).
2. Зоны территориального распределения в случае, если одни и те же виды диагностических исследований выполняются в нескольких МО субъекта Российской Федерации.
3. При отсутствии возможности проведения отдельных исследований в МО на территории субъекта Российской Федерации - алгоритм межтерриториального взаимодействия с медицинскими организациями регионального и федерального уровней, имеющих в составе подразделения с соответствующим оснащением и кадровым обеспечением.

Таблица №10

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

Методы диагностики	Медицинская организация	Зоны ответственности
Рекомендуемые для включения методы диагностики		
Эхокардиография с физической/фармакологической нагрузкой	1. РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1» 2. ГБУЗ РТ «Консультативно-диагностический центр»	1. Все районы Республики Тыва 2. Житель города Кызыла.
Чреспищеводная эхокардиография	РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1»	Все районы Республики Тыва
Коронароангиография	РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1»	Все районы Республики Тыва
Коронароангиография с использованием методов внутрисосудистой визуализации и/или оценкой физиологии кровотока	РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1»	Все районы Республики Тыва
Компьютерно-томографическая коронарография	НИИ кардиологии Томского НМИЦ.	Все районы Республики Тыва
Однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда перфузионная с функциональными пробами	НИИ кардиологии Томского НМИЦ.	Все районы Республики Тыва
Позитронно-эмиссионная томография миокарда, в том числе функциональными пробами	НИИ кардиологии Томского НМИЦ.	Все районы Республики Тыва
Магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием	НИИ кардиологии Томского НМИЦ.	Все районы Республики Тыва
КТ головного мозга	РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1»	Все районы Республики Тыва
Компьютерно-томографическая перфузия головного мозга или магнитно-резонансная перфузия головного мозга с	РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1»	Все районы Республики Тыва

автоматизированным расчетом объема зон ядра ишемии и ишемической полутени		
МРТ головного мозга (для выявления клинического несоответствия)	РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1»	Все районы Республики Тыва
Компьютерно-томографическая ангиография сосудов головного мозга) или магнитно-резонансной ангиографии интракраниальных сосудов с уровня дуги аорты с целью определения окклюзирующего поражения вне- и/или внутричерепной артерии	РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1»	Все районы Республики Тыва
Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с цветным доплеровским картированием кровотока	РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1»	Все районы Республики Тыва
Дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий	РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1»	РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1»
Компьютерно-томографическая ангиография сосудов головного мозга) в качестве первичной ангиовизуализации всем пациентам с клиническим подозрением на ЦВТ с целью своевременной постановки диагноза	РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1»	РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1»
Церебральная ангиография тотальная селективная (катетерной субтракционной церебральной ангиографии) взрослым пациентам с клиническим подозрением на ЦВТ	РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1»	РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1»
Холтеровский мониторинг сердечного ритма длительностью не менее 72 ч или имплантация петлевого регистратора для долговременной регистрации электрической активности проводящей системы сердца взрослым пациентам с ESUS и признаками предсердной кардиопатии с целью выявления скрытой фибрилляции предсердий	РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1»	РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1»
Электроэнцефалография с нагрузочными пробами	РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская	РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская

	больница № 1»	больница № 1»
Электроэнцефалография с видеомониторингом	РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1»	РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1»
Транскраниальная доплерография с пузырьковой пробой	РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1»	РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1»

4.2. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом.

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

Таблица № 11

Перечень медицинских организаций, оказывающих пациентам с ОКС специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю кардиология и сердечно-сосудистая хирургия с применением рентгенохирургических методов диагностики и лечения

Наименование медицинской организации	Территориальное расположение	Количество коек, всего\кардиологические\анестезиологии и реанимации	Количество ангиографов	Численность населения в зоне обслуживания медицинской организации, чел	Расстояние и время доставки, автомобилем\санавиацией
РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1»	г. Кызыл, ул. Оюна Курседи, 163	601\23\6	2	214606	453км\9 часа\3 часа
ПСО ГБУЗ РТ «Барум-Хемчикский ММЦ	г. Ак-Довурак, ул. Центральная, 18	212\11\3	0	43361	300км\4час\ санитарного борта нет

Алгоритм диагностики ОКС и оказания помощи пациентам на догоспитальном этапе

Скорая медицинская помощь пациентам с ОКС оказывается врачами и фельдшерами бригад скорой медицинской помощи (далее - бригад СМП) на основе действующих клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также стандартов медицинской помощи. Бригады СМП обеспечивают проведение мероприятий по устранению угрожающих жизни состояний, в том числе с проведением тромболитической терапии (далее - ТЛТ), при наличии медицинских показаний.

В целях своевременной диагностики и оказания неотложной медицинской помощи пациентам с ОКС на догоспитальном этапе, проведения ТЛТ, своевременной госпитализации пациентов с ОКС в РСЦ или ПСО для рентгенэндоваскулярных операций врачи/фельдшера СМП (и кабинетов неотложной помощи поликлиник при необходимости) посредством дистанционных методов электрокардиографии в экстренном порядке передают ЭКГ для расшифровки и консультации в кабинет дистанционного ЭКГ - консультирования РСЦ ГБУЗ «Республиканская больница №1» - с использованием цифровых дистанционных передатчиков системы «Валента».

По результатам консультации на догоспитальном этапе оказывается медицинская помощь, бригадам СМП и персоналу кабинетов неотложной помощи поликлиник руководствоваться алгоритмами оценки состояния больного с ОКС, ЭКГ- критериями установки диагноза ОКС, алгоритмами действий врача/фельдшера СМП и кабинетов неотложной терапии поликлиник, формами информированного согласия на ТЛТ, карты учета системного тромболизиса на догоспитальном этапе, схемы оценки

состояния пациента с ОКС по алгоритму ABCDE, реабилитации пациентов, перенесших ОКС, согласно к Алгоритму оказания медицинской помощи пациентам с экстренными, неотложными и хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Республики Тыва.

Алгоритм действий врача/фельдшера бригады скорой медицинской помощи при выявлении на догоспитальном этапе ОКС с подъёмом сегмента ST

1. Сбор жалоб, анамнеза, осмотр пациента, оценка клинической картины - 5 минут. Провести оценку состояния пациента по нижеприведенному алгоритму ABCDE.

2. Регистрация ЭКГ в 12-ти отведениях с обязательной фиксацией даты и времени, передача ЭКГ в дистанционный консультативный пункт расшифровки - 10 минут.
Рекомендованный алгоритм оценки ЭКГ - критериев для установления диагноза острого коронарного синдрома с элевацией сегмента ST приведен ниже.

3. Установление предварительного диагноза - не позднее 10 минут от первого контакта.

4. Медицинская помощь оказывается бригадой СМП в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи и на основании действующих клинических рекомендаций.

5. Купирование болевого синдрома - немедленно: венозный доступ; наркотические анальгетики внутривенно медленно дробно (препарат выбора - морфин в дозе 1 мг+ натрия хлор 0,9%-9мл каждые 3-5 мг до купирования боли; нитроглицерин сублингвально в дозе 0,5 мг или спрей нитроглицериновый 0,4мг- 0,8мг (1-2 дозы) 2-3 раза с интервалом в 5 минут до купирования боли, при отсутствии гипотонии менее 90 мм.рт.ст или выраженной тахикардии более 100 в минуту.

6. Немедленный приём дезагрегантов (нагрузочная доза): ацетилсалициловая кислота - 250 мг разжевать + клопидогрель 300 мг (или ацетилсалициловая кислота - 250 мг + тикагрелол 180 мг).

7. Немедленное введение антикоагулянтов (нефракционированный гепарин болюсно в\в 4000 ЕД).

8. Симптоматическая терапия осложнений - нарушения ритма, кардиогенный шок, артериальная гипертензия - до госпитализации в стационар. Контроль сатурации. При наличии гипоксемии (SpO₂ <90%) ингаляторное введение кислорода 2-8л/мин.

9. При фибрилляции желудочков или асистолии - проведение ЭИТ, реанимационные мероприятия.

10. Организация медицинской эвакуации пациента в РСЦ или ПСО, имеющий в своей структуре отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, согласно Алгоритму оказания медицинской помощи пациентам с экстренными, неотложными и хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Республики Тыва.

Во время транспортировки - информирование дежурного ЧКВ-центра через диспетчера консультативно-диагностического центра - далее КДЦ (телефоны 8 (39422) 3-78-88, 8 (39422) 640-02, 89232636788).

При отсутствии возможности доставки пациента с ОКС с подъёмом сегмента ST в медицинскую организацию в течение 120 минут для проведения ЧКВ — немедленное проведение ТЛТ на этапе СМП. Решение о проведении тромболитической терапии принимается не позднее 10 минут от момента постановки диагноза. Бригадой СМП заполняется информированное согласие пациента на проведение ТЛТ, карта учета системного тромболизиса на догоспитальном этапе приводится ниже.

Целевые индикаторы - время доезда бригады СМП не более 20 минут от поступления вызова; время осмотра до 5 минут, ЭКГ записана не позднее 10 минут, постановка диагноза от момента первого контакта не более 10 минут, принятие решения и начало ТЛТ не позднее 10 минут от постановки диагноза, целевой временной интервал от первого контакта с больным до начала транспортировки не более 20 минут.

Алгоритм действий врача/фельдшера кабинета неотложной помощи в поликлиниках при выявлении больного с ОКСnST

Врач/фельдшер кабинета неотложной помощи в поликлиниках при выявлении больного с

ОКСnST осуществляет:

- 1) сбор жалоб, анамнеза, осмотр пациента, оценка клинической картины - 5 минут;
- 2) регистрацию ЭКГ на месте с обязательной фиксацией даты и времени, при необходимости передача ЭКГ в дистанционный консультативный пункт расшифровки - 10 минут;
- 3) установление предварительного диагноза - не более 10 минут от первого контакта с больным;
- 4) вызов бригады СМП, нормативное время доезда не более 20 минут;
- 5) медицинская помощь оказывается в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи и на основании действующих клинических рекомендаций;
- 6) купирование болевого синдрома - немедленно: нитроглицерин сублингвально в дозе 0,5 мг или спрей нитроглицериновый, 0,4-0,8мг, при сохраняющемся болевом синдроме повторить через 5 минут не более 3 раз при отсутствии артериальной гипотензии менее 90 мм.рт.ст. или тахикардии более 100 в минуту (критерий эффективности - снижение САД на 10-15%, купирование боли); наркотические анальгетики внутривенно медленно дробно (препарат выбора - морфин 1 мг+ натрия хлор 0,9%-9мл каждые 3-5 мг до купирования боли); при отсутствии лицензии на наркотические анальгетики - в/в введение имеющихся анальгетиков;
- 7) немедленный приём дезагрегантов (нагрузочная доза): ацетилсалициловая кислота - 250 мг разжевать + клопидогрель 300 мг (или ацетилсалициловая кислота - 250 мг + тикагрелол 180 мг);
- 8) немедленное введение антикоагулянтов (нефракционированный гепарин 4000ЕД внутривенно болюсом);
- 9) симптоматическая терапия осложнений - нарушений ритма, кардиогенный шок, артериальная гипертензия - до госпитализации в стационар;
- 10) при фибрилляции желудочков или асистолии - проведение ЭИТ, реанимационные мероприятия;
- 11) организация транспортировки больного в автотранспорт СМП с одновременным информированием бригады СМП и передачей направления на госпитализацию с указанием проведенных лечебных мероприятий;
- 12) Целевой интервал от момента первого контакта медработника с больным ОКС до начала медицинской эвакуации пациента в РСЦ или ПСО не более 20 минут.

Схема оценки состояния пациента с ОКС по алгоритму ABCDE

1. А - проходимость дыхательных путей (Airway)

1.1. Определите симптомы непроходимости дыхательных путей: нарушение проходимости дыхательных путей способствует возникновению парадоксального дыхания и участия в дыхании дополнительных дыхательных мышц; центральный цианоз является поздним симптомом непроходимости дыхательных путей у пациентов, находящихся в критическом состоянии возбуждения сознания часто приводит к нарушению проходимости дыхательных путей (западение языка, мягкого неба).

1.2. Кислород в высокой концентрации: с помощью маски с резервуаром; убедитесь, что подача кислорода достаточна (> 10 л / мин).

2. В - дыхание (Breathing)

При оценке дыхания важно определить и лечить состояния, которые являются непосредственной угрозой для жизни - тяжелый приступ астмы, отек легких, напряженный пневмоторакс, гемоторакс.

2.1. Определите симптомы, которые могут свидетельствовать о нарушении дыхания: чрезмерная потливость, центральный цианоз, работа дополнительных мышц или брюшной тип дыхания.

2.2. Определите ЧД - в норме это 12-20 вдохов в минуту.

2.3. Оцените способ дыхания, глубину вдохов и проверьте, движения грудной клетки симметричны.

2.4. Обратите внимание на чрезмерное наполнение шейных вен (например, при тяжелой астме или напряженном пневмотораксе), наличие и проходимость плеврального дренажа и прочее.

2.5. Проведите аускультацию и перкуссию легких.

2.6. Определите положение трахеи - ее смещение может свидетельствовать о напряженном пневмотораксе, фиброзе легких или жидкости в плевральной полости.

3. С - кровообращение (Circulation)

3.1. Оцените цвет кожи на открытых частях (кисти): синяя, розовая, бледная или мраморная.

3.2. Оцените температуру конечностей холодная или теплая.

3.3. Оцените капиллярное наполнение - в норме до 2 сек. Увеличенное капиллярное наполнение может указывать на пониженную периферическую перфузию.

3.4. Оцените наполнения вен - могут быть умеренно наполнены или спавшиеся при гиповолемии.

3.5. Определите ЧСС. Найдите периферический пульс и пульс на большой артерии, оцените его наличие, частоту, качество, регулярность и симметричность.

3.6. Измерьте артериальное давление.

3.7. Выслушайте тоны сердца.

3.8. Обратите внимание на другие симптомы, которые свидетельствовали бы о снижении выброса сердца, такие как нарушение сознания, олигурия (объем мочи $<0,5$ мл / кг / ч.).

4. D - нарушение состояния сознания (Disability)

Чаще всего причинами нарушений состояния сознания является тяжелая гипоксия, гиперкапния, ишемия мозга или применение лекарственных средств с седативным эффектом или анальгетиков.

4.1. Оцените зрачки (диаметр, симметричность и реакцию на свет).

4.2. Быстро оцените состояние сознания пациента по шкале AVPU: Alert (ориентируется), Vocal (Реагирует на голос), Pain (реагирует на боль), Unresponsive (не реагирует ни на какие раздражители). Можно применить также шкалу Глазго (Glasgow Coma Scale).

4.3. Определите уровень глюкозы, чтобы исключить гипогликемию. Если уровень глюкозы ниже 3 ммоль / л, обеспечьте в / в $50,0$ мл 20% раствора глюкозы.

4. D - нарушение состояния сознания (Disability)

Чаще всего причинами нарушений состояния сознания является тяжелая гипоксия, гиперкапния, ишемия мозга или применение лекарственных средств с седативным эффектом или анальгетиков,

4.1. Оцените зрачки (диаметр, симметричность и реакцию на свет).

4.2. Быстро оцените состояние сознания пациента по шкале AVPU: Alert (ориентируется), Vocal (Реагирует на голос), Pain (реагирует на боль), Unresponsive (не реагирует ни на какие раздражители). Можно применить также шкалу Глазго (Glasgow Coma Scale).

4.3. Определите уровень глюкозы, чтобы исключить гипогликемию. Если уровень глюкозы ниже 3 ммоль / л, обеспечьте в / в $50,0$ мл 20% раствора глюкозы.

5. E - дополнительная информация (Exposure).

5.1. Соберите детальный анамнез у пациента, его родных, друзей.

5.2. Ознакомьтесь с медицинской документацией пациента проверьте показатели жизненных параметров и их изменения в динамике, проверьте, какие лекарственные средства пациенту предназначены и какие он принимает.

ЭКГ - критерии для установления диагноза острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST

1) элевация сегмента ST в точке J должна определяться минимум в двух смежных отведениях и составлять $> 0,25$ мВ у мужчин в возрасте до 40 лет, $> 0,2$ мВ у мужчин старше 40 лет, или $> 0,15$ мВ у женщин в отведениях V2-V3 и / или

> 0,1 мВ в других отведениях (при отсутствии гипертрофии левого желудочка или блокады левой ножки пучка Гиса)

2) у пациентов с нижним инфарктом миокарда (по ЭКГ в 12 отведениях) должна проводиться дополнительная регистрация ЭКГ в правых грудных отведениях (V3R и V4R): при наличии патологических изменений устанавливается диагноз одновременного инфаркта правого желудочка;

3) при наличии депрессии сегмента ST в отведениях V1-V3, должна проводиться дополнительная регистрация ЭКГ в грудных отведениях V7 -V9 и по Слопаку с установлением диагноза "ОКС с подъемом сегмента ST" при наличии подъемов сегмента ST на > 0,1 мВ в этих отведениях;

4) следует уделять особое внимание в следующих случаях: хроническая блокада ножек пучка Гиса (наличие подъема сегмента ST в отведениях с положительным отклонением комплекса QRS чаще указывает на развитие острого инфаркта миокарда с окклюзией коронарной артерии), наличие искусственного водителя ритма, элевация сегмента ST в отведении aVR и нижнебоковой депрессия сегмента ST (как возможный признак обструкции ствола левой коронарной артерии);

5) в случае, когда на фоне клинических проявлений ОКС (ангинозный синдром) отсутствуют электрокардиографические признаки, регистрацию ЭКГ необходимо повторять с интервалом 20- 30 мин. При этом должно оцениваться наличие острых зубцов Т, которые могут предшествовать подъемам сегмента ST. В сомнительных случаях необходимо регистрировать и интерпретировать ЭКГ в отведениях V7, V8 и V9 и по Слопаку.

Форма информированного согласия пациента на ТЛТ

Форма

Информированное согласие пациента на ТЛТ

Врач бригады экстренной (скорой) медицинской помощи проинформировал меня о наличии у меня острого инфаркта миокарда и целесообразности проведения системного тромболизиса как можно раньше.

Я, _____,
(Фамилия, имя, отчество)

предупрежден о возможных побочных действиях этого лечения и даю согласие на проведение лечения с применением тромболитического лекарственного средства для растворения кровяного сгустка в сосудах сердца.

Дата Подпись

Родственник Подпись

(Заполняется в случае, если пациент не может подписать собственноручно)

Форма карты учета системного тромболизиса на догоспитальном этапе

Карта учета системного тромболизиса на догоспитальном этапе, проведенного
тромболитическим препаратом _____

Бригада скорой медицинской помощи №

Вызов №от «»202_ г.

Пациент (Фамилия, имя, отчество)

_____, пол,

возраст, ОИМ первичный / повторный (подчеркнуть), сопутствующие заболевания

Показания для проведения тромболитической терапии:

1. Ангинозный приступ, длящийся мин. (Более 20 мин.)
2. Подъем сегмента ST на 0,1 mV и более чем в двух или более стандартных отведениях и / или на 0,2 mV и более не менее чем в двух смежных прекардиальных отведениях или блокада левой ножки пучка Гиса, остро возникшая (приложить копию ЭКГ).
3. Время от начала заболевания до проведения тромболизиса- ч. (до 12 ч.)
4. Перед введением препарата установка периферического катетера - G18 (зеленого цвета).

Абсолютные противопоказания - подчеркнуть при наличии:

1. Геморрагический инсульт или инсульт неизвестного происхождения любой давности.
2. Ишемический инсульт в предшествующие шесть месяцев.
3. Травма или опухоли головного мозга, артериовенозная мальформация
4. Большая травма/операция/травма головы в течение предыдущего месяца.
5. Желудочно-кишечное кровотечение в течение предыдущего месяца.
6. Периодические кровотечения (исключая месячные).
7. Диссекция аорты.
8. Пункции в течении суток (биопсия печени, люмбарная пункция).
9. Аллергическая реакция на тромболитик.

Относительные противопоказания - при наличии подчеркнуть:

1. Транзиторная ишемическая атака в течение предыдущих 6 месяцев.
2. Оральная антикоагулянтная терапия.
3. Беременность или 1 неделя после родов.
4. Резистентная гипертония (САД >180 мм рт.ст. и/или диастолическое АД >110 мм рт.ст.).
5. Тяжелое заболевание печени.
6. Инфекционный эндокардит.
7. Обострение язвенной болезни.
8. Продолжительная или травматичная реанимация.
9. Предшествующее лечение стрептокиназой, в том числе модифицированной (особенно первые 4-9 мес.), если предполагается повторное введение этих препаратов (другие тромболитики не противопоказаны).

Начало ТЛТ час мин

Применяемый препарат и схема введения (подчеркнуть нужное):

Фортелизин 15мг, схема для применения на догоспитальном этапе: перед введением содержимое одного флакона разводят 5мг в 5мл 0,9% раствора натрия хлорида. Однократный болюс 15мг (3флакона), в течении 15секунд внутривенно.

Актилизе (алтеплаза) 100мг, схема введения - ускоренный режим: болюсное введение 5.000 ЕД гепарина, затем болюсно 15 мг с последующей инфузией 0,75 мг / кг в течение 30 минут (не более 50 мг) и 0,5 мг / кг до 35 мг дозы, которая осталась (общая доза 100 мг) в течение следующих 60 минут на фоне

параллельной инфузии гепарина, не заканчивается и после введения.

Метализе (Тенектеплаза): схема введения: внутривенно болюсно течение 10 секунд, в зависимости от массы тела (<60кг - 30 мг, 60-70 кг - 35мг, 70-80кг- 40мг, 80-90кг-45мг, >90кг- 50мг)

Масса тела пациента (кг)	Тенектеплаза (ЕД)	Тенектеплаза (мг)	Объем приготовленного раствора (мл)
<60	6000	30	6
> 60, но <70	7000	35	7
> 70, но <80	8000	40	8
> 80, но <90	9000	45	9
> 90	10 000	50	10

Примечание:

Необходимая доза препарата вводится путем быстрой однократной в/в инъекции течение 5-10 сек.

Установленный ранее катетер для в/в введения только 0.9% раствора натрия хлорида может быть использован для введения Метализе®.

После введения Метализе® катетер необходимо промыть перед дальнейшим его использованием для введения других лекарственных средств.

Препарат Метализе® нельзя смешивать с другими лекарственными средствами (даже с гепарином) ни во флаконе для инфузии, ни в общей системе для в/в введения.

Окончание ТЛТ час мин

ТЛТ применяется в сочетании с АСК, клопидогрелем и антикоагулянтами прямого действия. Если проведение ТЛТ предполагается проводить в стационаре, от парентерального введения антикоагулянта на догоспитальном этапе следует воздержаться.

Врач, фельдшер бригады СМП (подпись, ФИО)

Алгоритм действий для врача/фельдшера бригады скорой медицинской помощи при выявлении на догоспитальном этапе ОКС без подъёма сегмента ST

1. Сбор жалоб, анамнеза, осмотр пациента - 5 минут.
2. Регистрация ЭКГ с обязательной фиксацией даты и времени, передача ЭКГ в дистанционный консультативный центр для расшифровки - 10 минут.
3. Установление предварительного диагноза - не позднее 15 минут от первого контакта.
4. Медицинская помощь оказывается бригадой СМП в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи и на основании действующих клинических рекомендаций.
5. Купирование болевого синдрома - немедленно:
 - венозный доступ;
 - нитроглицерин сублингвально в дозе 0,5 мг или спрей нитроглицериновый 0,4 мг-0,8 мг (1-2 дозы) 2-3 раза с интервалом в 5 минут до купирования боли, при отсутствии гипотонии менее 90 мм.рт.ст или выраженной тахикардии более 100 в минуту.
 - наркотические анальгетики внутривенно медленно дробно (препарат выбора - морфин в дозе 1 мг+ натрия хлор 0,9%-9мл каждые 3-5 мг до купирования боли);
6. Немедленный приём дезагреганта: ацетилсалициловая кислота - 250 мг разжевать, клопидогрель 300 мг.
7. Введение антикоагулянтов (нефракционированный гепарин 4000 ЕД внутривенно болюсом).
8. Симптоматическая терапия осложнений - нарушений ритма, артериальная гипертензия до госпитализации в стационар.
9. Организация медицинской эвакуации пациента согласно схеме маршрутизации и госпитализации, утвержденной настоящим приказом (приложение № 10). Целевой интервал от первого контакта до начала транспортировки - не более 35 минут.

Алгоритм маршрутизации и приоритетной медицинской эвакуации пациентов с ОКС в зависимости от формы ОКС, в том числе для выполнения реваскуляризации, на территории Республики Тыва.

Приоритетную госпитализацию пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST ЭКГ и пациентов с ОКС без подъема сегмента ST ЭКГ высокого риска в РСЦ ГБУЗ РТ Ресбольница №1, минуя ПСО. Транспортировку пациента в РСЦ необходимо выполнить в короткие сроки, с соблюдением временных интервалов, предусмотренных КР. Госпитализации пациентов с ОКС в профильные подразделения, т.е РСЦ и ПСО во всех случаях с выставленным клиническим диагнозом ОКС.

Карта-схема маршрутизации пациентов с ОКС на территории Республики Тыва. Схема маршрутизации пациентов с ОКС на территории Республики Тыва в 2025 годах

Зона прикрепления.

■ 3 Зона часовой доступности к РСЦ или ПСО

○ Зона доступности в срок от 2 до 6 часов

Численность населения на 01.01.2025

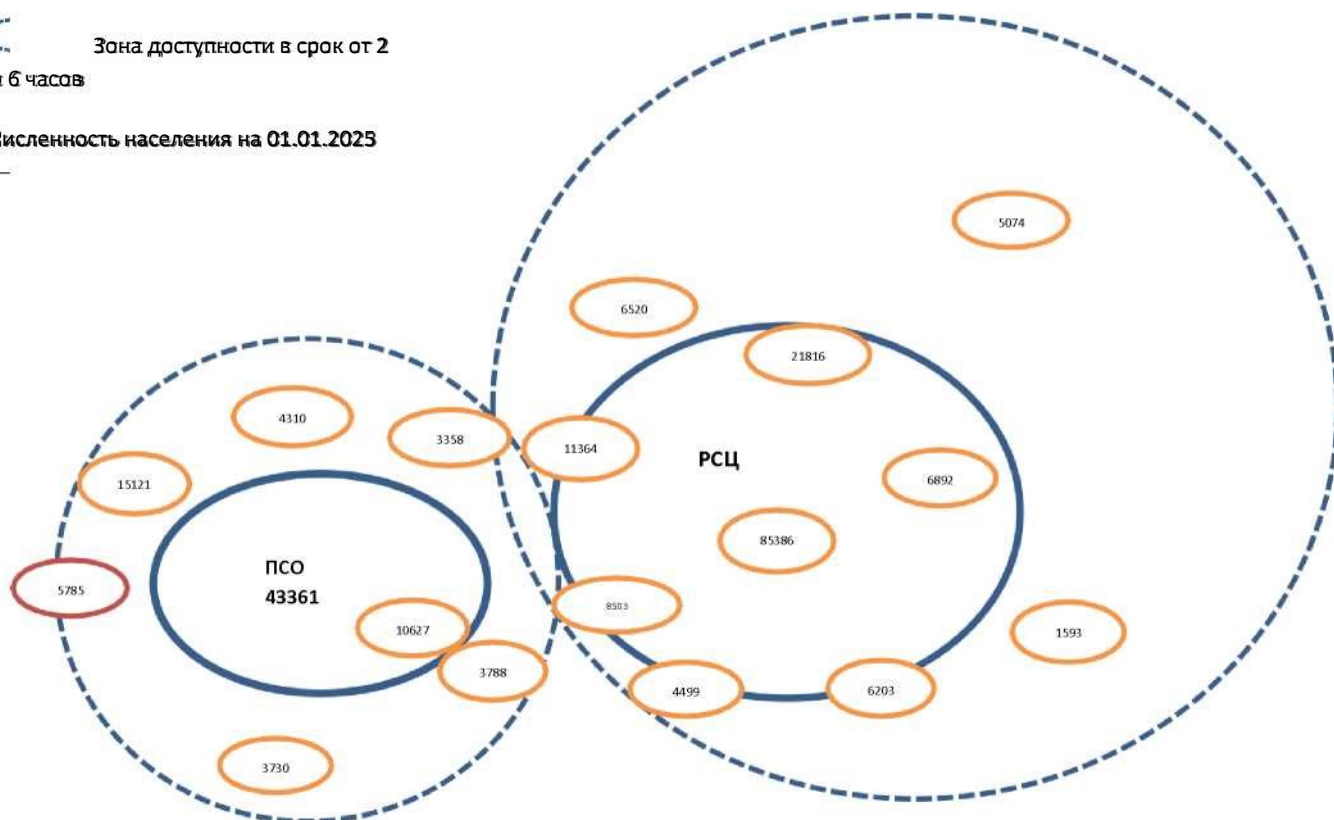


Схема маршрутизации пациентов с ОКС на территории Республики Тыва

Муниципальные образования	Вид транспорта для медицинской эвакуации	Наименование медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «кардиология» и «сердечно-сосудистая хирургия»	
г.Кызыл, Кызылский район	ГБУЗ РТ «Республиканский центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф» (тел 8(39422) 2-32-22)	ОКС с подъемом сегмента ST	РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1»
Барум-Хемчикский, Бай-Тайгинский, Дзун-Хемчикский, Овюрский, Сут-Хольский Улуг-Хемский, Чаа-Хольский, Чеди-Хольский, Тес-Хемский, Эрзинский, Тандинский, Пий-Хемский, Каа-Хемский, Кызылский	Санитарный авиационный транспорт, при отсутствии погодных и технических условий - санитарный автомобильный транспорт медицинской организации		
Тоджинский, Тере-Хольский Монгун-Тайгинский	Санитарный авиационный транспорт ГБУЗ РТ «Республиканский центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф» (тел 8(39422) 2-32-22)		
Барум-Хемчикский, Бай-Тайгинский, Дзун-Хемчикский, Овюрский, Сут-Хольский	Санитарный автомобильный транспорт медицинской организации	ОКС без подъема сегмента ST	ПСО ГБУЗ РТ «Барум-Хемчикский ММЦ»

Монгун-Тайгинский Улуг-Хемский, Чаа-Хольский, Чеди-Хольский, Тес-Хемский, Эрзинский, Тандинский, Пий-Хемский, Каа-Хемский, Кызылский, Тоджинский, Тере-Хольский г. Кызыл	Санитарный авиационный транспорт, при отсутствии погодных и технических условий - санитарный автомобильный транспорт медицинской организации	ОКС без подъема сегмента ST	РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница №1»
Во всех случаях ОКСнСТ служба СМП или дежурные врачи медицинских организаций через диспетчера КДЦ (телефоны: 89232636788, 8-39422-3-78-88) информируют о транспортировке пациента в дежурный ЧКВ-центр, одновременно при необходимости согласовывается вид транспорта для медицинской эвакуации.			
В случаях ОКСбнСТ дежурные врачи медицинских организаций через диспетчера КДЦ (телефоны: 89232636788, 8(39422)3-78-88) проводят консультацию с дежурным врачом ЧКВ-центра по выбору тактики лечения и сроках перевода в ЧКВ-центр.			
В республике в наличии один ЧКВ-центр по улице: г. Кызыл, ул. Оюна Курседи 163 с двумя рентгеноперационными. На 2-этаже находится рентгеноперационная №1. На 3 этаже находится рентгеноперационная №2.			
Ссылки на клинические рекомендации:			
1. Клинические рекомендации «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы», 2020 (27.10.2020), утверждены Минздравом РФ, ID:157.1 2. Клинические рекомендации «Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы», 2020 (10.08.2020), утверждены Минздравом РФ, ID:154.1			

Алгоритм взаимодействия медицинских организаций и служб, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ОКС, включая межтерриториальное взаимодействие с медицинскими учреждениями регионального уровня

Пациент с ОКС с подъёмом сегмента ST на ЭКГ:

- доставляется бригадой СМП в непосредственно в РСЦ или ПСО для проведения коронарографии и первичного чрескожного вмешательства (далее — ЧКВ) согласно вышеприведенной схеме маршрутизации и госпитализации.
- медицинская помощь пациентам с ОКСнСТ на стационарном этапе оказывается в специализированных отделениях на основе действующих клинических рекомендаций Минздрава РФ, а также стандартов медицинской помощи.
- первичное ЧКВ выполняется при наличии возможности доставки пациента в отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения в первые 120 минут от первого контакта с медицинским работником, но не позднее 48 часов. После проведения ТЛТ рентгенэндоваскулярное вмешательство может быть выполнено в период от 2 до 24 часов от начала проведения ТЛТ.
- при отсутствии на ближайшем расстоянии РСЦ или ПСО с отделением рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения (время доставки в стационар более 120 минут), пациенту с ОКС с подъёмом сегмента ST проводится ТЛТ на этапе СМП согласно карте учета системного тромболизиса на догоспитальном этапе (приложение № 8 к настоящему приказу) во время транспортировки в РСЦ или ПСО, в соответствии со схемой маршрутизации и госпитализации, утвержденной настоящим приказом. Ежедневный мониторинг тромболитической терапии в целях оценки его достаточности на территориях за пределами 120 минутной доступности ЧКВ - проводит региональный сосудистый центр. Ежедневно до 10:00 часов на почту rsctuva@mail.ru, контроль осуществляется заведующей кардиологическим отделением №1 РСЦ.
- 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.

- пациент с ОКС без подъёма сегмента ST на ЭКГ доставляется бригадой СМП в максимально короткие сроки для лечения в РСЦ, ПСО согласно схеме маршрутизации, утвержденной настоящим приказом. Медицинская помощь пациентам с ОКСбпST на стационарном этапе оказывается в специализированных отделениях на основе действующих клинических рекомендаций Минздрава РФ, а также стандартов медицинской помощи.

- при выявлении у пациента с ОКС без подъёма сегмента ST, доставленного на лечение в ПСО, не имеющее в своей структуре отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, показаний к рентгенэндоваскулярным вмешательствам, пациент переводится в РСЦ, имеющей в структуре отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, в соответствии со схемой маршрутизации, утвержденной настоящим приказом и в сроки, соответствующие действующим клиническим рекомендациям (2,24,72 часа) на основе оценки состояния пациентов и рисков по шкале Грейс. Показания к консультации и порядок проведения консультации изложен ниже.

Форма ежедневного сводного отчета о проведенной ТЛТ больным с ОКС

Ответственное лицо - заведующая кардиологическим отделением №1 РСЦ ГБУЗ РБ «Ресбольница № 1»,
 телефон 8(394)22-6-40-02, эл.почта rsctuva@mail.ru.

Наименование медицинской организации	Число пациентов с ОКС, обратившихся за медицинской помощью	
	ОКСпБТ	Проведение ТЛТ
ПСО ГБУЗ РТ «Барум-Хемчикский ММЦ»		
ГБУЗ РТ «Дзун-Хемчикский ММЦ»,		
ГБУЗ РТ «Улут- Хемский ММЦ»		
ГБУЗ РТ «Бай-Тайгинская ЦКБ»		
ГБУЗ РТ «Овюрская ЦКБ»		
ГБУЗ РТ «Сут-Хольская ЦКБ»		
ГБУЗ РТ «Чаа-Хольская ЦКБ»		
ГБУЗ РТ «Чеди- Хольская ЦКБ»		
ГБУЗ РТ «Тес-Хемская ЦКБ»		
ГБУЗ РТ «Эрзинская ЦКБ»		
ГБУЗ РТ «Тандинская ЦКБ»		
ГБУЗ РТ «Пий-Хемская ЦКБ»		
ГБУЗ РТ «Каа-Хемская ЦКБ»		
ГБУЗ РТ «Тоджинская ЦКБ»		
ГБУЗ РТ «Тере- Хольская ЦКБ»		
ГБУЗ РТ «Монгун-Тайгинская ЦКБ»		
ГБУЗ РТ «Кызылская ЦКБ»		
ИТОГО		

Перечень показаний и порядок проведения консультаций пациентов с ОКС без подъема сегмента ST высокого и очень высокого риска с целью решения вопроса о переводе для проведения рентгенохирургических методов диагностики и лечения

1. Показания для проведения консультаций: Установленный диагноз инфаркта миокарда (не более 48 часов от начала болевого приступа); ОКС с оценкой риска по шкале GRACE > 109 баллов; ОКС, осложненный острой сердечной недостаточностью; ОКС, осложненный желудочковой тахикардией/фибрилляцией желудочков; Рецидивирование коронарной симптоматики на фоне адекватной терапии; Повторный ОКС у пациентов с ЧКВ или коронарным шунтированием в анамнезе.

2. При наличии необходимости в экстренном проведении рентгенохирургических методов диагностики и лечения (ОКС, осложненный острой сердечной недостаточностью, ОКС, осложненный желудочковой тахикардией/фибрилляцией желудочков, рефрактерный к полному объему медикаментозной терапии болевой синдром в грудной клетке) показания для проведения консультации устанавливаются лечащим врачом, а в нерабочие часы, выходные и праздничные дни дежурным врачом терапевтического отделения либо бригадой СМП на догоспитальном этапе.

3. После установления показаний, при наличии информированного согласия пациента на проведение консультации и перевода для проведения рентгенохирургических методов диагностики и лечения, лечащий врач пациента (заведующий отделением, дежурный врач) в соответствии со схемой маршрутизации и госпитализации, связывается через диспетчера КДЦ по телефонам: 89232636788, 8-39422-3-78-88 с ответственным специалистом- консультантом РСЦ или ПСО для получения консультации.

4. Информация о пациенте во время консультации предоставляется в соответствии со следующим планом: Ф.И.О., возраст пациента; дата и время поступления в медицинскую организацию; клинические проявления ОКС с подробной характеристикой болевого синдрома в грудной клетке (локализация, характер боли, дата и время появления, условия появления, продолжительность, купирование, связь с уровнем АД, нарушениями ритма и проводимости); наличие осложнений; описание ЭКГ с характеристикой имеющихся признаков ишемии; дата и время исследования уровней кардиомаркеров, результат, его сопоставление с пороговыми уровнями локальной лаборатории; уровень креатинина, клиренс креатинина/скорость клубочковой фильтрации (при наличии данных); краткий анамнез коронарной патологии; число баллов по шкале GRACE; наличие сопутствующих заболеваний; наличие заболеваний, состояний, затрудняющих проведение сосудистого доступа; медикаментозная терапия с указанием дозировок всех антитромботических препаратов, времени приема нагрузочных доз антитромбоцитарных препаратов; оценка состояния пациента, сознания, гемодинамические показатели, наличие признаков недостаточности по системам на момент проведения консультации. На основании предоставленной информации ответственный специалист- консультант РСЦ принимает решение о переводе и сроках перевода пациента для проведения ему рентгенохирургической диагностики и лечения.

5. На основании предоставленной информации специалист-консультант РСЦ или ПСО может принять решение о проведении телемедицинской консультации для уточнения показаний для перевода пациента и проведения ему рентгенохирургической диагностики и лечения.

Результат консультации оформляется протоколом, фиксируется в медицинской карте пациента и в журнале регистрации консультаций ПСО или РСЦ.

6. При возникновении значимых изменений состояния пациента, для которого по результатам консультации согласован перевод для проведения ему рентгенохирургической диагностики и лечения, лечащий/дежурный врач повторно связывается по телефону с ответственным специалистом-консультантом РСЦ или ПСО.

7. 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.

8. Руководителем регионального сосудистого центра 3 раза в неделю в рабочие дни (понедельник, среда, пятница) проводится утренняя видеоконференция с ПСО, станцией СМП, МО участвующими в маршрутизации пациентов с ОКС, во время видеоконференции проводится анализ ситуации за истекшие сутки.

Форма еженедельного сводного отчета КДЦ о медицинской эвакуации\маршрутизации пациентов с ОКС

Форма еженедельного сводного отчета о медицинской эвакуации пациентов с ОКС. Ответственное лицо - руководитель КДЦ ГБУЗ РБ «Ресбольница № 1», телефон 89232636788, 8-39422-3-78-88.						
Наименование медицинской организации	Число пациентов с ОКС, обратившихся за медицинской помощью		Число эвакуированных пациентов в специализированные медицинские организации			Причина непроведения эвакуации
	ОКСпБТ	ОКСбпСТ	ВСЕГО	Санит. автотранспорт	Воздушное судно	
ПСО ГБУЗ РТ «Барум-Хемчикский ММЦ»						
ГБУЗ РТ «Дзун-Хемчикский ММЦ»,						
ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский ММЦ»						
ГБУЗ РТ «Бай-Тайгинская ЦКБ»						
ГБУЗ РТ «Овюрская ЦКБ»						
ГБУЗ РТ «Сут-Хольская ЦКБ»						
ГБУЗ РТ «Чаа-Хольская ЦКБ»						
ГБУЗ РТ «Чеди-Хольская ЦКБ»						
ГБУЗ РТ «Тес-Хемская ЦКБ»						
ГБУЗ РТ «Эрзинская ЦКБ»						
ГБУЗ РТ «Тандинская ЦКБ»						
ГБУЗ РТ «Пий-Хемская ЦКБ»						
ГБУЗ РТ «Каа-Хемская ЦКБ»						
ГБУЗ РТ «Тоджинская ЦКБ»						
ГБУЗ РТ «Тере-Хольская ЦКБ»						
ГБУЗ РТ «Монгун-Тайгинская ЦКБ»						
ГБУЗ РТ «Кызылская ЦКБ»						

ЧЕК - ЛИСТ
внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи пациенту с острым
коронарным синдромом (нестабильная стенокардия и острый инфаркт миокарда,
коды по МКБ - 10: I20.0; I21 - I24) в медицинских организациях, оказывающих
первичную медико-санитарную помощь

Ф.И.О.

пациента _____

Возраст Пол _____

Дата оказания медицинской помощи _____

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
I. Догоспитальный этап оказания медицинской помощи		
1.	Время от начала боли до вызова СМП (продолжительность интервала «боль - звонок», мин.)	
2.	Время от принятия звонка до первого контакта с медицинским работником СМП (время «доезда СМП»), норматив менее 20 мин.	
3.	Время выезда с места события бригады СМП:	
4.	Время прибытия в стационар	
5.	Выполнено ЭКГ (в том числе дистанционное) в течение 10мин. от первого контакта с работниками СМП	Да / Нет
6.	Проведена терапия ацетилсалициловой кислотой (250 мг per os)	Да / Нет
7.	Проведена терапия ингибиторами агрегации тромбоцитов (нагрузочные дозы клопидогреля 300 мг или тикагрелора 180 мг в соответствии с возрастом пациента и планируемой стратегии ведения пациента с ОКС)	Да / Нет
8.	Проведена (при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST электрокардиограммы) терапия тромболитическими лекарственными препаратами при отсутствии противопоказаний к проведению терапии и при превышении времени транспортировки пациента в ЧКВ - центр более 120 мин	Да / Нет
9.	Место проведения ТЛТ	На дому
		В машине СМП
		В приёмном покое МО
		В отделении МО
10.	Причина непроведения тромболитической терапии	

11.	Проведено ЭКГ до начала ТЛТ и через 1 час после ТЛТ	Да / Нет
12.	Проведена терапия антикоагулянтами (нефракционный / низкомолекулярный гепарин)	Да / Нет
13.	Проведена в полном объеме терапия осложнений (острая левожелудочковая недостаточность, нарушения ритма сердца, артериальной гипертензии)	Да / Нет
14.	Проведено адекватное обезболивание согласно стандартам (болевого синдром полностью купирован на догоспитальном этапе)	Да / Нет
15.	Пациент доставлен в ЧКВ - центр согласно маршрутизации	Да / Нет
16.	Транспортировка в ЧКВ - центр проведена в оптимальные сроки (непосредственно с вызова или не позднее 90 мин после доставки в ЦРБ), при задержке перевода - указать причину	Да / Нет

II. Госпитальный этап оказания медицинской помощи

1.	ОКС с подъемом сегмента ST	Да\нет
2.	Сумма баллов по шкале GRACE	
3.	Выполнен осмотр врачом-кардиологом не позднее 5 минут с момента поступления в стационар	Да / Нет
4.	Выполнено ЭКГ не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да / Нет
5.	Выполнено определение уровня тропонинов I, T в крови и /или определение уровня и активности креатинкиназы в крови в течение 30 минут с момента госпитализации	Да / Нет
6.	Проведена (при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST электрокардиограммы) терапия тромболитическими лекарственными препаратами не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (в случае, если тромболитическая терапия не проведена на догоспитальном этапе)	Да / Нет
7.	Проведена терапия ингибиторами агрегации тромбоцитов	Да / Нет
8.	Уровень креатинина в крови и расчетный показатель клиренса креатинина, при поступлении	Да / Нет
9.	У всех пациентов для обеспечения безопасности лечения рекомендуется определение содержания электролитов крови (калия, натрия, магния)	Да / Нет
10.	Выполнена ЭхоКГ в первые сутки госпитализации (если возможно)	Да / Нет
11.	Выполнена оценка ФВ ЛЖ перед выпиской (если возможно)	Да / Нет
12.	У пациентов, не имеющих показаний к длительному применению антикоагулянтов, использовалась двойная антитромбоцитарная терапия (сочетание АСК (аспирин) с ингибитором P2Y12-рецепторов тромбоцитов	Да / Нет

	(клопидогрель, брилинта)); при не назначении любого из двух компонентов указана причина	
13.	Использован бета-блокатор у пациентов ИМпST с ФВ ЛЖ <40% (если возможно). При не назначении указана причина	Да / Нет
14.	Использован ингибитор АПФ или блокатор рецепторов ангиотензина у пациентов с ФВ ЛЖ <40%, сердечной недостаточностью, АГ, ХБП, при сахарном диабете; при неназначении указана причина	Да / Нет

На все случаи развития острого инфаркта миокарда заполняется региональный Регистр острого инфаркта миокарда (форма прилагается) лечащим врачом при завершении стационарного этапа лечения. В случае летального исхода на догоспитальном этапе Регистр заполняется врачом, констатировавшим смерть.

Целевые показатели при оказании медицинской помощи пациентам с ОКС для региональных сосудистых центров

1. Доля пациентов с ОКСпST, которым ЧКВ проведено в течение первых 24 часов после тромболитической терапии (фармако-инвазивная стратегия) - не менее 90%
2. Доля пациентов с ОКСбпST высокого риска, которым выполнена коронароангиография с намерением проведения реваскуляризации - не менее 90%
3. Доля пациентов с ОКС, находящихся вне сети ПСО и РСЦ, обеспеченных телемедицинским сопровождением, включая реаниматологическое, силами консультативных центров РСЦ - 100%

Форма регионального Регистра острого инфаркта миокарда

РЕГИСТР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Карта первичной регистрации

1.	ФИО			(полностью)
2.	Возраст (полных лет)	на	момент	ОИМ):
3.	Пол:			
4.	Место проживания:			
5.	Место прикрепление:			
6.	Социальная группа:			
7.	Дата госпитализации:			
8.	Диагноз:			
9.	2-ой этап:			
10.	Операция:			
11.	Grace:			
12.	Брилинта:			
13.	ТЛТ:			
13.1	РСЦ:			
13.2	СМП:			
13.3	ЦКБ:			
14.	Время от начала болевого приступа:			
14.1	до 90 мин			

14.2	12ч	
14.3	24ч	
15.	Исход	
16.	КСГ	
17.	ВМП	
18.	Способ поступления:	
18.1	СМП	
18.2	По направлению терапевта:	Пациенты с ОКСпST, ОКСбпST высокого и очень высокого риска и подтвержденным диагнозом НКВИ госпитализируются в ГБУЗ РТ «Инфекционная больница» филиал «Многофункциональный медицинский центр» по улице Бай-Хаакская 14А. В случае дестабилизации состояния либо отсрочено, после выздоровления от коронавирусной инфекции, рекомендовано перевод в РСЦ для проведения коронарографии - КАГ ad hoc. Пациенты с ОКС и симптомами ОРВИ без верификации диагноза новой коронавирусной инфекции госпитализируются в наблюдательные блоки медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь при ОКС в соответствии со схемой маршрутизации, предусмотренной Алгоритмом оказания медицинской помощи пациентам с экстренными, неотложными и хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Республики Тыва.

Список контактов для взаимодействия с ответственными лицами и службами медицинских организаций, задействованными в оказании медицинской помощи пациентам с ОКС

Медицинская организация	Ответственные должностные лица	Контакты
РСЦ ГБУЗ «Ресбольница № 1»	Руководитель РСЦ	8-39422-6-33-55
	Заведующий кардиологическим отделением №1	8-39422-6-40-02
	Врач дистанционного ЭКГ-консультирования ГБУЗ РТ	89293177849
ПСО ГБУЗ РТ «Барум-Хемчикский ММЦ»	Заведующий ПСО	89235901667
ГБУЗ РТ «Республиканский центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф»	Начальник	+7 (39422) 2-32-22

Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия при ОКС. Реабилитация пациентов, перенесших ОКС

После лечения в стационаре пациенты, перенесшие острый инфаркт миокарда, в том числе с проведением ангиопластики со стентированием коронарных артерий, направляются на медицинскую реабилитацию в отделение медицинской реабилитации, по согласованию с заведующим отделением по тел. 8-(39422)-6-00-54.

Реабилитационные мероприятия осуществляются в три этапа.

Первый этап медицинской реабилитации осуществляется отделениями ранней медицинской реабилитации медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь при ОКС. Медицинская реабилитация на первом этапе осуществляется при взаимодействии мультидисциплинарной реабилитационной команды с лечащим кардиологом и (или) врачом анестезиологом-реаниматологом.

Направление на второй этап реабилитации - после лечения в стационаре РСЦ пациенты, перенесшие острый инфаркт миокарда, в том числе с проведением ангиопластики со стентированием коронарных артерий, направляются на второй этап в отделение медицинской реабилитации в ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1», по согласованию с заведующим отделением диспансера по тел. 8-(3522)-6-00-54 в соответствии с методическими рекомендациями по медицинской реабилитации. На второй этап реабилитации направляются пациенты, имеющие 4-6 баллов по ШРМ, имеющие перспективы восстановления функций (реабилитационный потенциал), не имеющие противопоказаний для проведения реабилитации, требующие круглосуточного медицинского наблюдения, с уровнем физической (двигательной) активности и толерантностью к физическим нагрузкам, не достаточным для направления на третий амбулаторный этап реабилитации, или 3 балла по ШРМ при невозможности проведения амбулаторного этапа.

Третий этап медицинской реабилитации проводится на базе территориальных поликлиник, имеющих соответствующую лицензию, мультидисциплинарными командами (участковый

терапевт, кардиолог, врач функциональной диагностики, инструктор ЛФК, физиотерапевт, клинический психолог) и осуществляется пациентам, имеющим перспективы восстановления функций (реабилитационный потенциал), не имеющим противопоказаний для проведения отдельных методов реабилитации, не нуждающимся в посторонней помощи для осуществления самообслуживания, перемещения и общения, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения (оценка 2-3 балла по ШРМ).

Схема информационного взаимодействия МО, включенных в Регламент маршрутизации пациентов с ОКС, и информационного обеспечения реализации программы по получению льготных лекарственных препаратов с учетом действующей системы льгот

Пациент, перенесший инфаркт миокарда, коронарное шунтирование, ЧКВ со стентированием должен быть обеспечен лекарственными препаратами в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2024 № 37н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения в целях обеспечения в амбулаторных условиях 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 40%, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, в течение 2 лет с даты постановки диагноза и (или) выполнения хирургического вмешательства», за исключением лиц, имеющих право на получение социальной услуги в виде обеспечения лекарственными препаратами в соответствии с Федеральным законом «О государственной социальной помощи».

Лечащий врач в день выписки больным после перенесенного острого инфаркта миокарда, и после ангиопластики коронарных артерий передает выписку из истории болезни на электронную почту kabinet_vr22@mail.ru, а также сообщает по телефону: 2-14-87. Также в день выписки больного лечащий врач передает по телефону в медицинское учреждение, где пациент прикреплен и отправляет выписку из истории болезни на электронный адрес медицинской организации по месту прикрепления.

Пациент в день выписки приходит в кабинет высокого риска и вторичной профилактики, который находится по адресу: г. Кызыл, ул. Ленина 44, 2этаж 27кабинет. Врач кабинета заносит данные пациента в регистр «Сердечно-сосудистых заболеваний» и выписывает рекомендованные препараты в соответствии с перечнем лекарственных препаратов для медицинского применения в целях обеспечения в амбулаторных условиях 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 40%, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, в течение 2 лет с даты постановки диагноза и (или) выполнения хирургического вмешательства, утвержденным приказом Минздрава России от 13 марта 2024г. № 37н, сроком на 3 месяца. В течение 24 часов с момента поступления информации участковый врач терапевт выполняет актив к пациенту, в том числе с использованием алгоритма дистанционного контроля состояния здоровья пациента. Одновременно (в течение 3 дней) пациент берется под диспансерное наблюдение участковым терапевтом или кардиологом поликлиники. Диспансерное наблюдение организуется в соответствии с приказом Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (пациенты наблюдаются кардиологом в течение 12 месяцев после перенесенного острого инфаркта

миокарда и/или ЧКВ, в остальных случаях после ОКС - терапевтом). В сложных случаях диагностики, дифдиагностики, выбора тактики ведения больных с ОКС на этапе территориальных медицинских организаций 2 уровня (ММЦ/ЦКБ) проводятся телемедицинские консультации между ЦКБ/ММЦ и специализированной медицинской организацией 3 уровня через диспетчера КДЦ ГБУЗ РТ «Ресбольница №1, телефоны 89232636788, 8-39422-3-78-88, время выполнения заявки на телемедицинскую консультацию не более 2 часов. При необходимости проведения пациентам с ОКС кардиохирургических вмешательств и в иных сложных случаях выбора тактики ведения пациентов с ОКС организуются телемедицинские консультации между региональными медицинскими организациями 3 уровня и профильными федеральными медицинскими организациями по диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний через телемедицинскую систему дистанционных консультаций (ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, единый контактный центр: +7 (383) 347-60-99; e-mail: mail@meshalkin.ru.), заявка подается в срок не позднее 3 суток с момента поступления пациента.

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

Настоящий регламент регулирует оказание медицинской помощи пациентам при нарушениях ритма сердца и проводимости.

Таблица №15

Перечень медицинских организаций, участвующих в маршрутизации пациентов с нарушениями ритма и проводимости.

Медицинские организации	Зоны ответственности	Численность прикрепленного взрослого населения	Наличие рентген-операционной
РСЦ ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1» кардиологическое отделение № 1	Вся территория Республики Тыва	214606	2 рентген-операционных
ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1» кардиологическое отделение № 2			
ГБУЗ РТ «Барум-Хемчикский ММЦ»	Барум-Хемчикский кожуун	14229	
ГБУЗ РТ «Бай-Тайгинская ЦКБ»	Бай-Тайгинский кожуун	6314	
ГБУЗ РТ «Дзун-Хемчикский ММЦ»	Дзун-Хемчикский кожуун	10796	
ГБУЗ РТ «Овюрская ЦКБ»	Овюрский кожуун	4392	
ГБУЗ РТ «Сут-Хольская ЦКБ»	Сут-Хольский кожуун	4925	
ГБУЗ РТ «Монгун-Тайгинская ЦКБ»	Монгун-Тайгинский кожуун	3609	

ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский ММЦ»	Улуг-Хемский кожуун	12293	
ГБУЗ РТ «Чаа-Хольская ЦКБ»	Чаа-Хольский кожуун	3628	
ГБУЗ РТ «Чеди-Хольская ЦКБ»	Чеди-Хольский кожуун	4643	
ГБУЗ РТ «Тес-Хемская ЦКБ»	Тес-Хемский кожуун	5196	
ГБУЗ РТ «Эрзинская ЦКБ»	Эрзинский кожуун	5872	
ГБУЗ РТ «Тандинская ЦКБ»	Тандинский кожуун	9321	
ГБУЗ РТ «Пий-Хемская ЦКБ»	Пий-Хемский кожуун	6916	
ГБУЗ РТ «Каа-Хемская ЦКБ»	Каа-Хемский кожуун	7321	
ГБУЗ РТ «Кызылская ЦКБ»	Кызылский кожуун	23202	
ГБУЗ РТ «Тоджинская ЦКБ»	Тоджинский кожуун	4153	
ГБУЗ РТ «Тере-Хольская ЦКБ»	Тере-Хольский кожуун	1199	

Таблица №16

Алгоритм жизнеугрожающими нарушениями ритма и проводимости сердца на территории Республики Тыва.

Муниципальные образования	Медицинские организации, оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь взрослому населению в терапевтических и кардиологических отделениях при жизнеугрожающих нарушениях ритма сердца.	Перевод в учреждение третьего уровня при наличии показаний после консультации с врачом кардиологом учреждения третьего уровня
г. Кызыл		Кардиологическое отделение № 2 ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1»- 36 коек
		РСЦ Кардиологическое отделение № 1 ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1»- 23 коек
Кызылский кожуун	ГБУЗ РТ «Кызылская ЦКБ», терапевтическое отделение	Кардиологическое отделение № 2 ГБУЗ РТ
Барум-Хемчикский кожуун	ГБУЗ РТ «Барум-Хемчикский ММЦ», терапевтическое отделение	«Республиканская больница № 1»- 36 коек РСЦ Кардиологическое

Бай-Тайгинский кожуун	ГБУЗ РТ «Бай-Тайгинская ЦКБ», терапевтическое отделение	отделение №1 ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1»- 23 коек
Монгун-Тайгинский кожуун	ГБУЗ РТ «Монгун-Тайгинская ЦКБ», терапевтическое отделение	
Овюрский кожуун	ГБУЗ РТ «Овюрская ЦКБ», терапевтическое отделение	
Сут-Хольский кожуун	ГБУЗ РТ «Сут-Хольская ЦКБ», терапевтическое отделение	
Дзун-Хемчикский кожуун	ГБУЗ РТ «Дзун-Хемчикский ММЦ», терапевтическое отделение	
Чаа-Хольский кожуун	ГБУЗ РТ «Чаа-Хольская ЦКБ», терапевтическое отделение	
Улуг-Хемский кожуун	ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский ММЦ», терапевтическое отделение	
Чеди-Хольский кожуун	ГБУЗ РТ «Чеди-Хольская ЦКБ», терапевтическое отделение	
Тандинский кожуун	ГБУЗ РТ «Тандинская ЦКБ», терапевтическое отделение	
Пий-Хемский кожуун	ГБУЗ РТ «Пий-Хемская ЦКБ», терапевтическое отделение	
Каа-Хемский кожуун	ГБУЗ РТ «Каа-Хемская ЦКБ», терапевтическое отделение	
Эрзинский кожуун	ГБУЗ РТ «Эрзинская ЦКБ», терапевтическое отделение	
Тес-Хемский кожуун	ГБУЗ РТ «Тес-Хемская ЦКБ», терапевтическое отделение	Сезонная недоступность
Тоджинский кожуун	ГБУЗ РТ «Тоджинская ЦКБ», терапевтическое отделение	Сезонная недоступность

Алгоритм маршрутизация и медицинской эвакуации пациентов с НРСиП

С жизнеугрожающими нарушениями проводимости сердца при показаниях к имплантации электрокардиостимулятора из всех муниципальных образований осуществляется в РСЦ ГБУЗ «Ресбольница № 1» круглосуточно в режиме 24\7\365.

При отсутствии на ближайшем расстоянии МО, оказывающей специализированную медицинскую помощь больным с НРС, пациент транспортируется в ближайшую МО.

В случаях значительной удаленности населенного пункта от специализированной медицинской помощи пациент госпитализируется в центральную районную больницу с последующей медицинской эвакуацией силами Территориального центра медицины катастроф. Вид транспорта для медицинской эвакуации - город Кызыл и Кызылский кожуун - санитарный автотранспорт СМП, остальные муниципальные образования - санитарный автомобильный транспорт медицинской организации.

Алгоритм взаимодействия медицинских организаций

Пациенты из г. Кызыла эвакуируются службой СМП с вызова непосредственно в ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1»; госпитализация пациентов из иных муниципальных образований осуществляется службой СМП с вызова в центральные кожуунные больницы; перевод в специализированную медицинскую организацию - ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1» - санитарным автотранспортом медицинской организации после консультации с дежурным врачом диспансера

через диспетчера КДЦ по телефонам 89232636788, 8-39422-3-78-88;

При необходимости телемедицинской консультации по дообследованию, лечению, выбору тактики ведения больного - запрос медицинскими организациями 2-го уровня в Телемедицинскую систему дистанционных консультаций, консультант - РСЦ ГБУЗ РТ «Ресбольница №1» - зав кардиологическим отделением (тел. 8-39422-6-40-02), нормативный срок исполнения экстренной консультации - 2 часа, плановой - 24 часа.

Алгоритм взаимодействия МО при направлении пациентов с НРСиП для проведения хирургического вмешательства.

На базе ГБУЗ РТ «Ресбольница №1» выполняется оперативное лечение в объеме имплантации временного и постоянного электрокардиостимулятора. При наличии показаний к оперативному лечению участковые терапевты или кардиологи оформляют выписку на ВМП в ФЦ. Другое оперативное лечение нарушений ритма сердца проводится в Федеральными центрами - НМИЦ Е.Н. Мешалкина, ФЦ ССХ г. Красноярск, НИИ кардиологии г. Томск. Пациент доставляется в ФЦ в плановом порядке.

Таблица №17

Список контактов для взаимодействия с ответственными лицами и службами медицинских организаций, задействованными в оказании медицинской помощи пациентам с НРСиП.

Медицинская организация	Ответственные должностные лица	Контакты
РСЦ ГБУЗ «Ресбольница №1»	Руководитель РСЦ	8-39422-6-33-55
	Заведующий кардиологическим отделением №1	8-39422-6-40-02
	Врач дистанционного ЭКГ-консультирования ГБУЗ РТ	89293177849
	Заведующий кардиохирургическим отделением	89835166046
ГБУЗ РТ «Барум-Хемчикский ММЦ»	Заведующий	89235901667
ГБУЗ РТ «Республиканский центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф»	Начальник	+7 (39422) 2-32-22
Кызылский кожуун	Главный врач	+7 (39422) 9-14-56
Бай-Тайгинский кожуун	Главный врач	+7 (39442) 2-13-95
Монгун-Тайгинский кожуун	Главный врач	(39451) 5-14-36
Овюрский кожуун	Главный врач	(39444) 2-13-09
Сут-Хольский кожуун	Главный врач	(39445) 2-12-83
Дзун-Хемчикский кожуун	Главный врач	(39434) 2-10-12
Чаа-Хольский кожуун	Главный врач	(39443) 2-14-35
Улуг-Хемский кожуун	Главный врач	(39436) 2-11-75
Чеди-Хольский кожуун	Главный врач	(39452) 2-23-49

Тандинский кожуун	Главный врач	(39437) 2-13-32
Пий-Хемский кожуун	Главный врач	(39435) 2-13-10
Каа-Хемский кожуун	Главный врач	(39432) 2-22-93, 2-25-93
Эрзинский кожуун	Главный врач	(39439) 2-23-29
Тес-Хемский кожуун	Главный врач	(39438) 2-11-31
Годжинский кожуун	Главный врач	(39450)3-94-50
Тере-Хольский кожуун	Главный врач	89963392732

Механизм учета пациентов, перенесших хирургическое вмешательство по поводу НРСиП.

Пациенты, перенесших оперативное лечение по поводу НРС, в том числе имплантации электрокардиостимулятора наблюдается в поликлинике по месту жительства. Учет пациентов составляет врач-кардиолог или при отсутствии врача-кардиолога участковый врач-терапевт.

Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия пациентов с НРСиП после оперативного лечения.

После лечения в стационаре пациенты, перенесшие оперативное лечение, направляются на медицинскую реабилитацию в отделение медицинской реабилитации, по согласованию с заведующим отделением по тел. 8-(39422)-6-00-54.

Реабилитационные мероприятия осуществляются в три этапа.

Первый этап медицинской реабилитации осуществляется отделениями ранней медицинской реабилитации медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь. Медицинская реабилитация на первом этапе осуществляется при взаимодействии мультидисциплинарной реабилитационной команды с лечащим кардиологом и (или) врачом анестезиологом-реаниматологом. Направление на второй этап реабилитации - после лечения в стационаре пациенты, направляются на второй этап в отделение медицинской реабилитации в ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1», в соответствии с методическими рекомендациями по медицинской реабилитации. На второй этап реабилитации направляются пациенты, имеющие 4-6 баллов по ШРМ, имеющие перспективы восстановления функций (реабилитационный потенциал), не имеющие противопоказаний для проведения реабилитации, требующие круглосуточного медицинского наблюдения, с уровнем физической (двигательной) активности и толерантностью к физическим нагрузкам, не достаточным для направления на третий амбулаторный этап реабилитации, или 3 балла по ШРМ при невозможности проведения амбулаторного этапа. Третий этап медицинской реабилитации проводится на базе территориальных поликлиник, имеющих соответствующую лицензию, мультидисциплинарными командами (участковый терапевт, кардиолог, врач функциональной диагностики, инструктор ЛФК, физиотерапевт, клинический психолог) и осуществляется пациентам, имеющим перспективы восстановления функций (реабилитационный потенциал), не имеющим противопоказаний для проведения отдельных методов реабилитации, не нуждающимся в посторонней помощи для осуществления самообслуживания, перемещения и общения, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения(оценка 2-3 балла по ШРМ).

4.4. Регламент маршрутизации пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Настоящие регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи больным хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

К ХСН относятся состояния, соответствующие кодам I50 международной классификации болезней десятого пересмотра.

Таблица №18

**Перечень участвующих в маршрутизации пациентов с ХСН структурных подразделений
МО**

Структурное подразделение	Лечебной учреждение	Территория прикрепления	порядок маршрутизации
III уровень			
Региональный сосудистый центр	Кардиологическое отделение №2 ГБУЗ РТ «Республиканская больница №1», по адресу: г. Кызыл, ул. Титова 88, 3 этаж, телефон ординаторской: 8(394-22) 6-11-27, приемного покоя: 8 (394-22) 6-06-96 РСЦ кардиологическое отделение №1 ГБУЗ РТ «Республиканская больница №1», по адресу: по адресу: г. Кызыл, ул. Оюна Курседи 163, 3 этаж, телефон ординаторской: 8(394-22) 6-40-02, приемного покоя: 8(394-22) 6-40-00	Чеди-Хольский, Тандинский, Пий-Хемский, Каа-Хемский, Эрзинский, Тес-Хемский, Тере-Хольский, Тоджинский. Республика Тыва	В соответствии с положением о Региональном центре через телемедицинскую консультацию (ТМК)
II уровень			
Межкожунный центр ХСН (стационарная и амбулаторная служба)	1. ПСО ГБУЗ РТ «Барум-Хемчикский ММЦ», по адресу: г. Ак-Довурак, ул. Центральная 18, главный корпус, 1 этаж, телефон: 8-923-590-16-67. 2. ГБУЗ РТ «Дзун-Хемчикский ММЦ», по адресу: г. Чадан, ул. Ленина 37, терапевтическое отделение, телефон: 8 (394-22)0214-68. 3. ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский ММЦ», по адресу: г. Шагонар, ул. Октябрьская 46., телефон: 8 (394-36) 2-11-75	Барум-Хемчикский, Бай-Тайгинский Дзун-Хемчикский Сут-Хольский Овюрский Улуг-Хемский Чаа-Хольский	В соответствии с положением о Региональном центре через телемедицинскую консультацию (ТМК)

**Перечень МО, участвующих в маршрутизации пациентов с хроническим формами
сердечно-сосудистых заболеваний на территории Республики Тыва**

Медицинские организации	Зоны ответственности	Численность прикрепленного взрослого населения	Наличие рентген-операционной
РСЦ ГБУЗ РТ «Ресбольница №1» кардиологическое отделение № 1	Вся территория Республики Тыва	209140	2 рентген операционных
ГБУЗ РТ «Ресбольница №1» кардиологическое отделение № 2			
ГБУЗ РТ «Барум-Хемчикский ММЦ»	Барум-Хемчикский кожуун	15121	
ГБУЗ РТ «Бай-Тайгинская ЦКБ»	Бай-Тайгинский кожуун	5785	
ГБУЗ РТ «Дзун-Хемчикский ММЦ»	Дзун-Хемчикский кожуун	10627	

ГБУЗ РТ «Овюрская ЦКБ»	Овюрский кожуун	3788	
ГБУЗ РТ «Сут-Хольская ЦКБ»	Сут-Хольский кожуун	4310	
ГБУЗ РТ «Монгун-Тайгинская ЦКБ»	Монгун-Тайгинский кожуун	3730	
ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский ММЦ»	Улуг-Хемский кожуун	11364	
ГБУЗ РТ «Чаа-Хольская ЦКБ»	Чаа-Хольский кожуун	3358	
ГБУЗ РТ «Чеди-Хольская ЦКБ»	Чеди-Хольский кожуун	4571	
ГБУЗ РТ «Тес-Хемская ЦКБ»	Тес-Хемский кожуун	4499	
ГБУЗ РТ «Эрзинская ЦКБ»	Эрзинский кожуун	6203	
ГБУЗ РТ «Тандинская ЦКБ»	Тандинский кожуун	8503	
ГБУЗ РТ «Пий-Хемская ЦКБ»	Пий-Хемский кожуун	6520	
ГБУЗ РТ «Каа-Хемская ЦКБ»	Каа-Хемский кожуун	6892	
ГБУЗ РТ «Кызылская ЦКБ»	Кызылский кожуун	21816	
ГБУЗ РТ «Тоджинская ЦКБ»	Тоджинский кожуун	5074	
ГБУЗ РТ «Тере-Хольская ЦКБ»	Тере-Хольский кожуун	1593	

Схема маршрутизации (госпитализации) пациентов с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности в кардиологические отделения для оказания специализированной медицинской помощи взрослому населению на территории Республики Тыва.

Из межкожуунных центров госпитализация в кардиологическое отделение № 2 осуществляется после предварительной консультации через консультативно-диагностический центр. Перед переводом отправляется выписка пациента на электронный адрес: cardiologia2@mail.ru.

Транспортировка осуществляется согласно тяжести пациента (СМП медицинской организации либо ГБУЗ РТ «Республиканский центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф»). В РСЦ больные переводятся из кардиологического отделения № 2 для проведения диагностической коронарографии, после компенсации сердечной недостаточности, после восстановления ритма, с контролируемым артериальным давлением, с СКФ не менее 60 мл/мин, которым необходимо проведение коронарографии для уточнения диагноза, либо перед хирургической коррекцией заболевания.

При необходимости телемедицинской консультации по дообследованию, лечению, выбору тактики ведения больного - запрос медицинскими организациями 2-го уровня в КДЦ, консультант - ГБУЗ РТ «Ресбольница №1» - зав кардиологическим отделением № 2 (тел. 839422-6-11-27), нормативный срок исполнения экстренной консультации - 2 часа, плановой - 24 часа.

Показания для госпитализации при декомпенсации ХСН в стационары терапевтических и кардиологических отделений медицинских организаций:

В терапевтических отделениях медицинских организаций оказывается специализированная медицинская помощь следующим категориям пациентов с ХСН:

1. Привычная декомпенсация ХСН у пациентов с низкой приверженностью к лечению при условии наличия предшествующей консультации врача кардиолога и/или госпитализации в кардиологическое отделение с подбором терапии;
2. ХСН III - IV ФК по NYHA (ПФ, ПБ ст) при степени декомпенсации, не достигающей крайних проявлений (асцит, анасарка, гидроторакс).

В межкожухунных центрах медицинских организаций (ГБУЗ «Барум- Хемчикский ММЦ», ГБУЗ РТ «Дзун-Хемчикский ММЦ», ГБУЗ РТ «Кызылская ЦКБ», в соответствии со схемой оказывается специализированная медицинская помощь следующим категориям пациентов с ХСН:

1. ХСН III - IV ФК по NYHA (ПБ, III ст) у пациентов, впервые госпитализированных по данному поводу;

Привычная декомпенсация ХСН ишемического и неишемического генеза с ФВ <35% или дестабилизации клинического состояния пациента III - IV ФК у пациентов, находящихся на постоянной терапии иАПФ, бета- блокаторами, антагонистами минералокортикоидных рецепторов, петлевыми диуретиками;

1. Острая сердечная недостаточность неишемического генеза (сердечная недостаточность, отек легких, сосудистый коллапс). Острая сердечная недостаточность ишемического генеза является показанием для госпитализации в ЧКВ-центр. После оказания специализированной медицинской помощи пациент с ХСН направляется для осуществления диспансерного наблюдения к врачу- терапевту либо врачу кардиологу.

В сложных случаях диагностики и лечения ХСН врач медицинской организации 1 и 2 уровня через телемедицинскую систему дистанционных консультаций запрашивает консультацию специалиста ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1», срок исполнения неотложных запросов - 2 часа, плановых - 24 часа. При получении рекомендации оказания пациентам с ХСН высокотехнологичной медицинской помощи пакет документов передается врачу кардиологу кабинета ХСН Консультативно-диагностической поликлинике ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1» (тел 8-39422-3-30-93, e-mail: kabinet_hsn@mail.ru, каб. № 23 поликлиники), далее осуществляет организационно-методическое сопровождение данных пациентов до оказания им высокотехнологичной медицинской помощи и организует обеспечение реабилитационных мероприятий и взятие на диспансерный учет в КДП ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1».

Механизмы своевременного информирования амбулаторной службы о выписке пациента, госпитализированного с декомпенсацией ХСН проводится врачами-кардиологами ГБУЗ Ресбольница №1 по телефону. Сообщают основные данные о пациенте: Ф.И.О , адрес, диагноз. По электронной почте отправляют выписной эпикриз заведующим терапевтическими службами.

Механизмы обеспечения реализации программы по получению бесплатных лекарственных препаратов на амбулаторном этапе проводится участковыми врачами-терапевтами или кардиологами.

Алгоритм скрининга ХСН в группах риска развития ХСН.

Пациенты в группах риска развития ХСН наблюдаются у терапевта по месту жительства. Ежеквартально направляются к кардиологу с целью лабораторного и инструментального обследования. Кардиологом осуществляет оценку натрийуретических пептидов и выполнение стандартизированного протокола эхокардиографии (далее - ЭХОКГ), необходимых для выявления предстатии ХСН. При выявлении ХСН пациента вносит в

регистр пациентов с ХСН.

Алгоритм направления пациентов с ХСН для проведения отдельных видов диагностических исследований.

На территории Республика Тыва не проводится диагностический стресс-тест сцинтиграфия миокарда с остеотропными радиофармпрепаратами, магнитно-резонансная томография сердца, эндомиокардиальная биопсия, катетеризация камер сердца. Пациенты направляются в НМИЦ Е.Н. Мешалкина, ФЦ ССХ г. Красноярск, НИИ кардиологии г. Томска.

Алгоритм выявления и маршрутизации пациентов с тяжелой ХСН, требующих решения вопроса об имплантации вспомогательных устройств кровообращения или трансплантации сердца.

При выявлении пациентов с тяжелой ХСН, требующих решения вопроса об имплантации вспомогательных устройств кровообращения или трансплантации сердца первым этапом проходит стационарное лечение на базе ГБУЗ Ресбольница №1 кардиологическое отделение №2. Выписной эпикриз пациента направляется в ФЦ по ТМК на заочную консультацию специалистами ФЦ. После согласования пациент по линии санитарной авиации госпитализируется в советующие ФЦ.

Алгоритм организации сестринского патронажа пациентов на амбулаторном этапе. Сестринский патронаж пациентов, состоящих на учете «Хоста-ХСН» по телефону медицинскими сестрами кабинета ХСН еженедельно. При необходимости вызывают на прием к врачу-кардиологу.

Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия пациентов с ХСН в зависимости от значений показателя ШРМ с указанием МО, оказывающих специализированную помощь в рамках реабилитации, и нормативных сроков ее проведения.

После лечения в стационаре пациенты, перенесшие оперативное лечение, направляются на медицинскую реабилитацию в отделение медицинской реабилитации, по согласованию с заведующим отделением по тел. 8-(39422)-6-00-54. Реабилитационные мероприятия осуществляются в три этапа. Первый этап медицинской реабилитации осуществляется отделениями ранней медицинской реабилитации медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь. Медицинская реабилитация на первом этапе осуществляется при взаимодействии мультидисциплинарной реабилитационной команды с лечащим кардиологом и (или) врачом анестезиологом-реаниматологом. Направление на второй этап реабилитации - после лечения в стационаре пациенты, направляются на второй этап в отделение медицинской реабилитации в ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1», в соответствии с методическими рекомендациями по медицинской реабилитации. На второй этап реабилитации направляются пациенты, имеющие 4-6 баллов по ШРМ, имеющие перспективы восстановления функций (реабилитационный потенциал), не имеющие противопоказаний для проведения реабилитации, требующие круглосуточного медицинского наблюдения, с уровнем физической (двигательной) активности и толерантностью к физическим нагрузкам, не достаточным для направления на третий амбулаторный этап реабилитации, или 3 балла по ШРМ при невозможности проведения амбулаторного этапа. Третий этап медицинской реабилитации проводится на базе территориальных поликлиник, имеющих соответствующую лицензию, мультидисциплинарными командами (участковый терапевт, кардиолог, врач функциональной диагностики, инструктор ЛФК, физиотерапевт, клинический психолог) и осуществляется пациентам, имеющим перспективы восстановления функций (реабилитационный потенциал), не имеющим противопоказаний для проведения отдельных методов реабилитации, не нуждающимся в посторонней помощи для осуществления самообслуживания, перемещения и общения, не

требующим круглосуточного медицинского наблюдения(оценка 2-3 балла по ШРМ).

Регламент предусматривает поэтапное исполнение медицинскими организациями стандартов оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций с учетом видов, условий и форм оказания медицинской помощи в медицинской организации соответствующего типа и уровня.

Алгоритм маршрутизации в зависимости от модели пациента

Медицинская помощь при хронических сердечно-сосудистых заболеваниях оказывается в виде: первичной медико-санитарной помощи, специализированной (в т.ч. высокотехнологичной) медицинской помощи, скорой медицинской помощи.

Первичная медико-санитарная помощь при хронических сердечно-сосудистых заболеваниях оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Амбулаторно врачи-терапевты участковые, врачи общей практики, фельдшера терапевтических участков и фельдшера ФАПов территориальных медицинских организаций по месту прикрепления пациента при оказании первичной медико-санитарной помощи осуществляют диагностику, лечение и диспансерное наблюдение больных ХСН в соответствии с приказом

Министерства здравоохранения РФ от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», действующими стандартами оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями.

При наличии медицинских показаний к оказанию специализированной медицинской помощи, не требующей ее оказания в стационарных условиях, врач-терапевт участковый, врач общей практики, медицинский работник со средним медицинским образованием направляют больного с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями к врачу кардиологу кардиологического кабинета поликлиники.

При необходимости дополнительного обследования, для уточнения диагноза или коррекции лечения врачи кардиологи и терапевты участковые направляют пациентов к кардиологу КДП ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1» путем записи через единую информационную медицинскую систему и определяют приоритетность маршрутизации пациентов - срок ожидания консультации специалиста КДП ГБУЗ РТ «Ресбольница №1» - не более 14 дней.

Медицинская помощь в условиях дневного стационара проводится пациентам с обострениями хронических заболеваний, не требующих круглосуточного наблюдения; пациентам, состоящим на диспансерном учете по поводу хронических заболеваний для проведения курса профилактического или реабилитационного лечения; пациентам, не требующим по состоянию своего здоровья круглосуточного наблюдения, но требующим оказания медицинских услуг в госпитальных условиях, например, при использовании лечебных средств, после применения, которых должно осуществляться врачебное наблюдение на протяжении определенного времени в связи с возможными неблагоприятными реакциями; нуждающимся в комплексном лечении с использованием физиотерапии, массажа, лечебной физкультуры, после которых необходим отдых, а также при введении медикаментов различными способами через определенные промежутки времени. Направление в стационар дневного пребывания выдают врачи первичного звена. Госпитализация производится в плановом порядке.

При необходимости выполнения диагностической коронароангиографии, иных сложных исследований или неэффективности амбулаторного лечения в территориальной медицинской организации пациент может быть направлен в РСЦ ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1» через консультативный прием кардиолога КДП.

При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний больной направляется участковыми врачами и иными медицинскими работниками в медицинскую организацию, оказывающую

специализированную медицинскую помощь.

Специализированная медицинская помощь при хронических сердечно-сосудистых заболеваниях оказывается в стационарных условиях в терапевтических и кардиологических отделениях медицинских организаций.

- В медицинских организациях 1го уровня - терапевтических отделениях территориальных медицинских организаций (ММЦ/ЦКБ) оказывается специализированная медицинская помощь следующим категориям пациентов: с ХСН: привычная декомпенсация ХСН у пациентов с низкой приверженностью к лечению при условии наличия предшествующей консультации врача кардиолога и/или госпитализации в кардиологическое отделение с подбором терапии; ХСН III - IV ФК по NYHA (ПФ, ПБ ст).

- с артериальной гипертензией, вторичными кардиопатиями при неэффективности медикаментозного лечения на амбулаторном этапе.

В кардиологических отделениях медицинских организаций 2 уровня - межкожунном центре для лечения ХСН первичное сосудистое отделение ГБУЗ РТ «Барун-Хемчикский ММЦ», по адресу: г. Ак-Довурак, ул. Центральная д.18, главный корпус, 1 этаж, контактный телефон: 8-923-590-16-67; ГБУЗ РТ «Дзун-Хемчикский ММЦ», по адресу: г. Чадан, ул. Ленина 37, терапевтическое отделение, контактный телефон: 8-(39434)-2-14-68; ГБУЗ РТ «Улуг-хемский ММЦ», по адресу: г. Шагонар, ул. Октябрьская 46:

- с ХСН III - IV ФК по NYHA (ПБ, III ст) у пациентов, впервые госпитализированных по данному поводу; привычная декомпенсация ХСН ишемического и неишемического генеза с ФВ< 35% или дестабилизации клинического состояния пациента III - IV ФК по NYHA у пациентов, находящихся на постоянной терапии иАПФ, бета-блокаторами, антагонистами минералокортикоидных рецепторов, петлевыми диуретиками. После оказания специализированной медицинской помощи пациент с ХСН направляется для осуществления диспансерного наблюдения к врачу-терапевту либо врачу кардиологу. При необходимости оказания пациентам с ХСН высокотехнологичной медицинской помощи проводится консультация пациента, в том числе телемедицинская, в ГБУЗ РТ «Ресбольница №1» и документы направляются в федеральные центры сердечно-сосудистой хирургии.

В кардиологических отделениях медицинских организаций 3 уровня - ГБУЗ РТ «Ресбольница №1», региональный центр лечения ХСН (в соответствии со схемой маршрутизации) оказывается специализированная медицинская помощь следующим категориям пациентов:

- с ХСН III - IV ФК по NYHA (ПБ, III ст.) у пациентов, впервые госпитализированных по данному поводу; привычная декомпенсация ХСН ишемического и неишемического генеза с ФВ< 35% или дестабилизации клинического состояния пациента III - IV ФК по NYHA у пациентов, находящихся на постоянной терапии иАПФ, бета-блокаторами, антагонистами минералокортикоидных рецепторов, петлевыми диуретиками.

- нарушения ритма и проводимости сердца при неэффективности медикаментозного лечения на амбулаторном этапе (при тяжелом течении аритмии);

- со стабильным течением ишемической болезни сердца при необходимости выполнения диагностических или лечебных чрескожных коронарных вмешательств.

Плановая госпитализация в стационары названных медицинских организаций осуществляется по предварительному согласованию направляющего медицинского работника с ответственными за госпитализацию лицами стационаров по телефону (списки контактных лиц приведен в настоящем регламенте ниже) либо через диспетчера КДЦ, либо через телемедицинскую систему дистанционных консультаций.

**Список контактов для взаимодействия с ответственными лицами и службами
медицинских организаций, задействованными в оказании
медицинской помощи пациентам с хроническими сердечно-
сосудистыми заболеваниями**

Медицинская организация	Ответственные должностные лица	Контакты
РСЦ ГБУЗ «Ресбольница № 1»	Руководитель РСЦ	8-39422-6-33-55
	Заведующий кардиологическим отделением №1	8-39422-6-40-02
	Врач дистанционного ЭКГ - консультирования	89293177849
	Заведующий кардиологическим отделением № 2	8-39422-6-11-27
	КДЦ диспетчер	89232636788, 8-39422-3-78-88
ГБУЗ РТ «Барум-Хемчикский ММЦ»	Заведующий	89235901667
ГБУЗ РТ «Республиканский центр скорой медицинской скорой помощи и медицины катастроф»	Начальник	+7 (39422) 2-32-22
ГБУЗ РТ «Кызылская ЦКБ»	Главный врач	9-14-56
ГБУЗ РТ «Бай-Тайгинская ЦКБ»	Главный врач	(39442) 2-13-95
ГБУЗ РТ «Монгун-Тайгинская ЦКБ»	Главный врач	(39451) 5-14-36
ГБУЗ РТ «Овюрская ЦКБ»	Главный врач	(39444) 2-13-09
ГБУЗ РТ «Сут-Хольская ЦКБ»	Главный врач	(39445) 2-12-83
ГБУЗ РТ «Дзун-Хемчикский ММЦ»	Главный врач	(39434)2-10-12
ГБУЗ РТ «Чаа-Хольская ЦКБ»	Главный врач	(39443) 2-14-35
ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский ММЦ»	Главный врач	(39436) 2-11-75
ГБУЗ РТ «Чеди-Хольская ЦКБ»	Главный врач	(39452) 2-23-49
ГБУЗ «Тандинская ЦКБ» РТ	Главный врач	(39437) 2-13-32
ГБУЗ РТ «Пий-Хемская ЦКБ»	Главный врач	(39435)2-13-10
ГБУЗ РТ «Каа-Хемская ЦКБ»	Главный врач	(39432) 2-22-93, 2-25-93
ГБУЗ РТ «Эрзинская ЦКБ»	Главный врач	(39439) 2-23-29

ГБУЗ РТ «Тес-Хемская ЦКБ»	Главный врач	(39438) 2-11-31
ГБУЗ РТ «Тоджинская ЦКБ»	Главный врач	(39450)3-94-50
ГБУЗ РТ «Тере-Хольская ЦКБ»	Главный врач	89963392732 89232611851

Регламент взаимодействия медицинских организаций в ходе оказания медицинской помощи пациентам с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями

Все пациенты, наблюдавшиеся ранее, а также вновь обратившиеся с диагнозом ХСН или его симптомами и признаками должны быть направлены врачу кардиологу в кабинет ХСН в КДП ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1».

Врач кабинета при необходимости проводить дополнительные обследования: в случае подозрения на наличие ХСН проводят диагностику с помощью эхокардиографии и определяют уровень натрийуретического пептида. При невозможности титрации и подбора основных препаратов лечения ХСН, направляют на стационарное лечение в ГБУЗ РТ «Кардиологическое отделение №2».

После выписки из кардиологического стационара № 2, амбулаторный осмотр пациента проводят в течении недели. Для дифференциальной диагностики кардиомиопатий, направляют на плановую коронарографию в РСЦ.

Врач кабинета своевременно:

- направляет на высокотехнологичную помощь. Проводит отбор на пересадку сердца.
- разрабатывает и проводит организационные и методические мероприятия по раннему выявлению и профилактике ХСН, повышению качества диагностики, лечения и диспансеризации больных с ХСН, в том числе участковыми терапевтами и врачами общей практики;
- проводит телемедицинские консультации «врач-врач», «врач-пациент». Мониторит и анализирует статистические данные по заболеваемости, диспансеризации, инвалидизации и смертности пациентов с ХСН на обслуживаемой территории;
- ведет регистр ХСН на территории Республики Тыва.

Запись пациентов в КДП ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1» осуществляют врачи кардиологи и терапевты участковые.

Плановая госпитализация в стационары медицинских организаций, участвующих в оказании специализированной медицинской помощи пациентам с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями, осуществляется по предварительному согласованию направляющего медицинского работника с ответственными за госпитализацию лицами стационаров по телефону в соответствии с приведенным списком контактов либо через телемедицинскую систему дистанционных консультаций.

После оказания специализированной медицинской помощи пациенты направляются для осуществления диспансерного наблюдения к врачу-терапевту либо врачу кардиологу в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 марта 2022г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

Алгоритм взаимодействия медицинских организаций по обеспечению пациентов льготными лекарственными препаратами

При завершении стационарного этапа лечения пациента лечащий врач размещает в единой информационной системе выписку из истории болезни с рекомендациями врачебной комиссии по назначению льготных лекарственных препаратов в зависимости от категории льготы. Ответственные лица территориальных поликлиник ежедневно формируют реестр выписанных пациентов, немедленно доводят информацию до участковых терапевтов, которые организуют в течение 72 часов выписку рецептов на льготные лекарственные препараты и доставку их пациентам.

В случаях сложной диагностики, диффдиагностики, выбора тактики ведения и лечения пациента на амбулаторном и стационарном этапах проводятся телемедицинские консультации между региональными медицинскими организациями 1-2 уровня и медицинской организацией 3 уровня - ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1», оказывающим специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь пациентам с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями. Консультации организуются через телемедицинскую систему дистанционных консультаций, срок исполнения неотложных и экстренных консультаций 2 часа, плановых - 24 часа.

В особо сложных случаях выбора тактики лечения, необходимости применения диагностических и лечебных методов, отсутствующих в регионе, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, организуются телемедицинские консультации специалистов региональных медицинских организаций 3го уровня и федеральных центров сердечно-сосудистой хирургии и Национальных медицинских исследовательских центров через телемедицинскую систему дистанционных консультаций (НМИЦ Е.Н. Мешалкина, ФЦ ССХ г. Красноярск, НИИ кардиологии г. Томска).

При определении показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи пациенты направляются для дообследования и направления на ВМП в КДП ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1». Для проведения диагностических эндоваскулярных вмешательств на коронарных сосудах пациенты кардиологом поликлиники направляются в стационар РСЦ ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1». По направлению врача кардиолога КДП ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1» в стационаре данной медицинской организации оказываются следующие виды плановой высокотехнологичной медицинской помощи - ангиопластика со стентированием коронарных артерий, имплантация одно- и двухкамерных электрокардиостимуляторов, в том числе частотно-адаптивные.

Нормативный срок ожидания плановых высокотехнологичных вмешательств в регионе - не более 30 дней.

При необходимости оказания пациентам иных видов высокотехнологичной медицинской помощи (аортокоронарное шунтирование, катетерная радиочастотная абляция, имплантация кардиовертеров-дефибрилляторов, многокамерных электрокардиостимуляторов и иных имплантируемых устройств для лечения ХСН врачом-кардиологом КДП ГБУЗ РТ «Ресбольница №1» документы направляются в федеральные центры сердечно-сосудистой хирургии. Нормативный срок подготовки пакета документов в федеральные центры - не более 14 дней.

Лечащие врачи стационаров специализированных медицинских организаций (ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1» принимают участие в наполнении федеральных регистров ОКС, ХСН в соответствии с утвержденной квотой.

В период противоэпидемических ограничений по новой коронавирусной инфекции, иным ОРВИ участковые врачи и фельдшера при ограничении плановой госпитализации организуют патронаж пациентов с ХСН на дому, а также «стационар на дому», допустимо чередование очного патронажа и использование дистанционного телефонного мониторинга параметров здоровья пациентов участковыми медицинскими сестрами - контроль динамики веса, АД, ЧСС и т.д. (алгоритм телефонного опроса к Алгоритму оказания медицинской помощи пациентам с экстренными, неотложными и хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Республики Тыва).

Главный внештатный специалист кардиолог Министерства здравоохранения Республики Тыва организует ежемесячный мониторинг летальности и показателей смертности от БСК в разрезе основных нозологических форм и муниципальных образований; ежемесячный мониторинг профильности госпитализаций пациентов с ХСН на кардиологическую койку; своевременность взятия пациентов на диспансерный учет и долю диспансерной группы больных БСК, посетивших «Д» приемы и получивших медицинские услуги; ежемесячный мониторинг обеспечения подлежащих категорий пациентов бесплатными лекарственными средствами; ежеквартально проводит анализ качества оказания медицинской помощи пациентам с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями путем анализа не менее 600 медицинских

карт амбулаторных и стационарных больных с подготовкой проектов организационных решений на уровне министерства здравоохранения. Вневедомственной экспертизе качества страховыми медицинскими организациями подлежат в обязательном порядке все случаи летальных исходов больных с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Ссылки на клинические рекомендации для оказания медицинской помощи при хронических сердечно-сосудистых заболеваниях.

Артериальная гипертензия у взрослых, 2024 (10.03.2024), КР 62.3.
Наджелудочковые тахикардии, 2025 (17.06.2025), КР 619.3.
Фибрилляция и трепетание предсердий у взрослых, 2020(12.11.2020),
КР382.1. _____
Желудочковые нарушения ритма. Желудочковые тахикардии и внезапная сердечная смерть,
2020(12.11.2020), КР569.1. _____
Брадиаритмии и нарушения проводимости, 2025 (18.06.2025), КР160.2.
Легочная гипертензия, в т.ч. хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия,
2024 (03.10.2024), КР 159.2. _____
Хроническая сердечная недостаточность, 2024, (07.10.2024), КР 156.2.
Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 (04.10.2024), КР 155.2.
Миокардиты,2025 (22.05.2025), КР 153.2. _____
Перикардиты, 2025 (01.09.2025), КР 746_2

Алгоритм телефонного опроса пациента с хронической сердечной недостаточностью

Показатель

Дата опроса

АД, мм. рт. ст.

ЧСС, уд./мин.

Неравномерный ритм

Вес, кг

Одышка Отеки,

уровень

Переносимость физических нагрузок Приверженность к «кардио» терапии Дополнительная информация Рекомендации

Подпись медицинской сестры

Подпись врача

4.5. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов с острым аортальным синдромом

Настоящий регламент регулирует вопросы организации оказания экстренной медицинской помощи пациентам с острой аортальной патологией: разрывы аневризмы брюшной/грудной аорты, расслоения грудной аорты, интрамуральные гематомы и пенетрирующие язвы аорты. К острому аортальному синдрому (далее – ОАС) относятся состояния, соответствующие кодам I71-I72 Международной классификации болезней десятого пересмотра.

Маршрутизация пациентов с острым аортальным синдромом

При выявлении пациента с подозрением на острое расслоение/разрыв аорты (далее - ОАС) на догоспитальном этапе, пациент направляется в региональный сосудистый центр (далее – РСЦ) ГБУЗ РТ «Республиканская больница №1 или первичное сосудистое отделение (далее – ПСО) ГБУЗ РТ «Барун-Хемчикский ММЦ согласно маршрутизации пациентов с ОКС по линии скорой медицинской помощи с последующим переводом в РСЦ. При установлении диагноза ОАС госпитализация в ПРИТ РСЦ или ОРИТ ГБУЗ РТ «Республиканская больница №1.

На госпитальном этапе пациенту с подозрением на ОАС в экстренном порядке должна быть выполнена МСКТ-ангиография грудного (включая брахиоцефальные артерии) и брюшного отделов аорты, эхокардиография (трансторакальная), электрокардиографическое исследование.

В случае поступления пациента с ОАС или диагностики ОАС в медицинской организации, не имеющей возможности проведения МСКТ, пациенту выполняется эхокардиография, УЗИ брахиоцефальных артерий, артерий верхних и нижних конечностей, УЗИ брюшной полости, ЭКГ.

С целью определения показаний к оперативному лечению или проведению иных мероприятий, информация о пациенте незамедлительно передается в РСЦ согласно форме

Форма передачи данных о пациенте с ОАС в РСЦ Республиканской больницы №1.

Ф.И.О. пациента	
Возраст	
Основной диагноз	
Сопутствующие заболевания	
Давность заболевания	
Состояние пациента	
Данные ЭхоКГ	Диаметр корня и восходящего отдела аорты Диаметр дуги аорты Диаметр грудного отдела нисходящей аорты Диаметр брюшного отдела нисходящей аорты Состояние стенки аорты (атеросклероз, интрамуральная гематома) Наличие или отсутствие расслоения ФВ ЛЖ Жидкость в перикарде, см Жидкость в плевральных полостях, см
Данные МСКТ	Диаметр корня и восходящего отдела аорты, см

	Диаметр дуги аорты, см Диаметр грудного отдела нисходящей аорты, см Диаметр брюшного отдела нисходящей аорты, см Состояние стенки аорты (атеросклероз, интрамуральная гематома) Описание расслоения (начало/конец) Наличие фенестраций (да/нет, локализация) Ход ложного и истинного канала (локализация, отхождение брахиоцефальных и висцеральных артерий) Вовлечение брахиоцефальных и висцеральных артерий (да/нет, локализация) Наличие жидкости в перикарде, плевральных полостях, брюшной полости и забрюшинном пространстве
УЗИ брахиоцефальных артерий, артерий верхних и нижних конечностей	Диаметр артерий Наличие атеросклеротических бляшек или гемодинамических нарушений Наличие расслоения в устье и по ходу сосуда Скоростные показатели кровотока
УЗИ брюшной полости	Наличие жидкости в брюшной полости Оценка забрюшинного пространства на предмет гематомы или жидкостных образований Кровоток по висцеральным артериям
Решение врача-специалиста РСЦ	Транспортировка в РСЦ: - незамедлительно; - в течение 24 часов Дообследование и/или лечение в медицинской организации по месту госпитализации В хирургическом лечении не нуждается Хирургическое лечение ОАС может быть выполнено в стационаре ГБУЗ НСО ГКБ N 1 или ГБУЗ НСО ГОКБ (только при расслоении аорты III типа по DeBakey) Абсолютные противопоказания к хирургическому лечению
Ф.И.О., должность специалиста, передавшего данные	
Ф.И.О., должность специалиста, принявшего данные	
Дата и время передачи данных	

**В случае принятия решения о транспортировке пациента с ОАС в РСЦ ГБУЗ РТ
«Ресбольница №1»:**

1. Ответственной за организацию транспортировки является медицинская организация по месту нахождения пациента.

2. Транспортировка осуществляется бригадой скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации. Транспортабельность пациента и способ транспортировки (наземный/воздушный транспорт) определяет врач-специалист медицинской организации по месту нахождения пациента.

3. Способ транспортировки (наземный/воздушный транспорт) для районов согласуется со специалистом отделения экстренной консультативной помощи и медицинской эвакуации. Контактные телефоны: +7 (39422) 2-32-22

4. Условия транспортировки:

а) пациент транспортируется в положении лежа на каталке с обеспечением максимального покоя и с предварительным извещением ответственного лица о предполагаемой доставке пациента с подозрением на наличие ОАС;

б) в обязательном порядке осуществляется мониторинг ЭКГ, ЧЖС, SatO₂; - Оксигенотерапия через назальный катетер/маску объемом 4-6 л/мин для достижения SaO₂>90% с увеличением объема при снижении показателя сатурации;

в) адекватное обезболивание с использованием опиоидных анальгетиков бензодиазепинов внутривенно.

г) исключить при подозрении на ОАС назначение пациентам антиагрегантных препаратов группы тииенопридинов.

д) рекомендуется транспортировка в условиях контролируемой умеренной гипотензии (АД сист. 100+/-10 мм рт. ст.).

5. Хирургическое лечение ОАС в ГБУЗ РТ «Ресбольница №1» не проводится, кроме брюшного отдела аорты. Пациенты направляются в ФЦ через ТМК. Пациентам с ОАС брюшного отдела аорты в приемном покое выполняется КТ-панангиография.

6. В случае исключения диагноза ОАС в РСЦ «Ресбольница №1» и/или отсутствия показаний к хирургическому или рентгенэндоваскулярному лечению, пациент транспортируется в стационар с учетом выявленной патологии в соответствии с действующими приказами по маршрутизации.

7. Медицинская организация, направившая пациента в РСЦ «Ресбольница №1», в обязательном порядке направляет документы в телемедицинскую систему дистанционных консультаций федерального и регионального уровней (tmk.minzdrav.gov.ru) в течение 24 часов после передачи информации о пациенте в РСЦ «Ресбольница №1» (профиль "сердечно-сосудистая хирургия").

Таблица №21

Перечень МО участвующих в маршрутизации с ОАС

наименование медицинской организации	фактический адрес	зоны ответственности	профиль помощи ССХ
ГБУЗ РТ «Ресбольница №1» кардиохирургическое отделение	г. Кызыл, ул. Оюна Курседи 163	Республика Тыва	экстренная, неотложная, плановая ССХ
ГБУЗ РТ «Ресбольница №1» кардиологическое отделение №1	г. Кызыл, ул. Оюна Курседи 163	Республика Тыва	экстренная, неотложная, плановая ССХ

Во всех случаях служба СМП или дежурные врачи медицинских организаций через диспетчера КДЦ (телефоны: 89232636788, 8-39422-3-78-88) информирует о транспортировке пациента в ЧКВ-центр, одновременно при необходимости согласовывается вид транспорта для медицинской эвакуации.

В случаях ОАС дежурные врачи медицинских организаций через диспетчера КДЦ (телефоны:

89232636788, 8-39422-3-78-88) проводят консультацию с дежурным врачом сердечно-сосудистым хирургом центра по выбору тактики лечения и сроках перевода КХО или КО1 РБ1.

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

9. Направление пациента на реабилитацию с ОАС после выполненного хирургического вмешательства (отделение реабилитации РБ№1).

10. Учет пациентов после хирургического лечения по поводу ОАС в рамках отдельного регистра/реестра

4.6. Регламента маршрутизации пациентов с острой ишемией конечностей.

Настоящий регламент регулирует вопросы организации оказания медицинской помощи пациентам с острой ишемией конечностей (далее – ОИК). К ОИК относятся состояния, соответствующие кодам I74.0-I74.9 Международной классификации болезней десятого пересмотра.

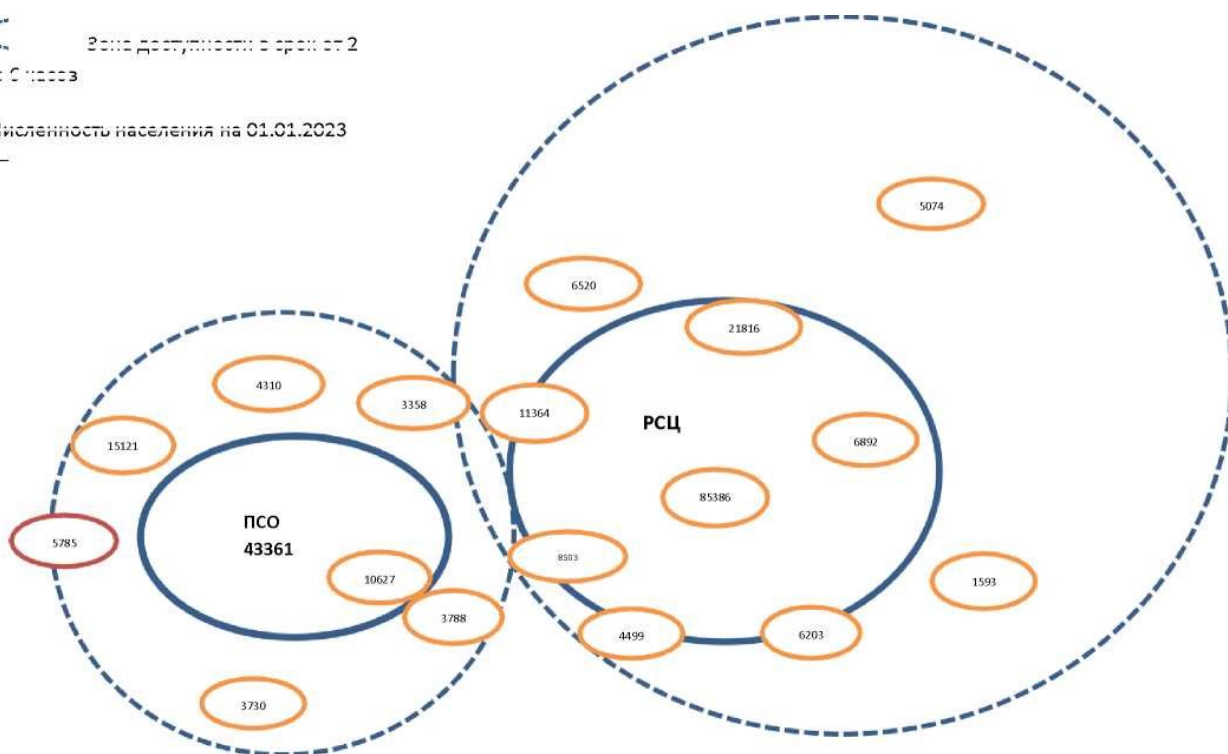
Таблица №22

Перечень МО участвующих в маршрутизации пациентов с ОИК

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зоны ответственности	Профиль помощи ССХ
ГБУЗ РТ «Ресбольница №1» кардиохирургическое отделение	г. Кызыл, ул. Оюна Курседи 163	Республика Тыва	Экстренная, неотложная, плановая ССХ
ГБУЗ РТ «Ресбольница №1» отделение РХМДЛ			
ГБУЗ РТ «Ресбольница №1» хирургическое отделение №2			

Во всех случаях служба СМП или дежурные врачи медицинских организаций через диспетчера КДЦ (телефоны: 89232636788, 8-39422-3-78-88) информируют о транспортировке пациента в дежурный ЧКВ-центр, одновременно при необходимости согласовывается вид транспорта для медицинской эвакуации.

В случаях ОИНК дежурные врачи медицинских организаций через диспетчера КДЦ (телефоны: 89232636788, 8-39422-3-78-88) проводят консультацию с дежурным врачом сердечно-сосудистым хирургом центра по выбору тактики лечения и сроках перевода КХО РБ1



Алгоритм диагностики и оказания помощи пациентам с ОАС и ОИНК на догоспитальном этапе

1. Для подтверждения диагноза и оценки степени ишемии необходимо выполнить комплекс лабораторный исследований включая ОАК, БХ анализ крови (с оценкой уровня лактата, креатинина, глюкозы), коагулограммы (АЧТВ, ПТИ, фибриноген, Д-димер) и газовый состав крови (по показаниям). Необходимо выполнить УЗИ сосудов конечностей с определением уровня поражения артерий. Далее по показаниям выполняется МСКТ ангиография брюшного отдела аорты и артерий нижних конечностей для определения тактики лечения (открытое хирургическое, эндоваскулярное или гибридное лечение).

2. В целях своевременной диагностики и оказания неотложной медицинской помощи пациентам с ОАС и ОИНК на догоспитальном этапе, проведения гипотензивной терапии, своевременной госпитализации пациентов с ОАС ОИНК в хирургические отделения для дообследования с применением УЗИ или рентгенэндоваскулярных операций врачи/фельдшера СМП (и кабинетов неотложной помощи поликлиник при необходимости) посредством консультации сердечно-сосудистого хирурга через КДЦ (консультативно-диагностический центр) ГБУЗ «Республиканская больница №1».

По результатам консультации на догоспитальном этапе оказывается медицинская помощь, бригадам СМП и персоналу кабинетов неотложной помощи поликлиник руководствоваться алгоритмами оценки состояния больного с ОАС и ОИНК, ЭКГ и УЗИ – критериями установки диагноза ОАС и ОИНК, алгоритмами действий врача/фельдшера СМП и кабинетов неотложной терапии поликлиник, согласно к Алгоритму оказания медицинской помощи пациентам с экстренными, неотложными и хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Республики Тыва.

Организация медицинской эвакуации пациента в РБ1, имеющий в своей структуре кардиохирургическое отделение, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, согласно Алгоритму оказания медицинской помощи пациентам с экстренными, неотложными и хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Республики Тыва.

Во время транспортировки – информирование врача сердечно-сосудистого хирурга через диспетчера консультативно-диагностического центра – далее КДЦ (телефоны 8 (39422) 3-78-88, 8 (39422) 6-40-02, 89232636788).

При отсутствии в ближайшем расстоянии МО оказывающей СМП при ОИК пациент транспортируется в ГБУЗ РТ, РБ1. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается врачом-специалистом (Врач ССХ, врач по РХМДЛ) безотлагательно.

При выявлении пациента с подозрением на ОИК на догоспитальном этапе или в МО, не имеющей возможности проведения ангиографии в круглосуточном режиме, необходимо провести клиническую оценку степени ишемии конечностей (классификация Затевакина И.И. и Резерфорда Р.) а также диагностическую визуализацию (УЗИ артерий конечностей, и/или МСКТ сосудов) для определения плана лечения при условии, что ее проведение не откладывает время начала лечения или необходимость ампутации не является очевидной. Скорость начала необходимого лечения зависит от тяжести ОИК.

При необходимости оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности перевода в специализированное отделение либо медицинской эвакуации, лечащий врач хирург организует консультацию врача-ССХ, врача по рентген-эндоваскулярным диагностике и лечению дистанционно с применением телемедицинских технологий.

Пациент с признаками ОИК ПБ-III степени подлежит к экстренной госпитализации в МО (РБ1), имеющую возможность выполнения открытого хирургического лечения, рентген-эндоваскулярного или гибридного (открытого хирургического и эндоваскулярного) вмешательства.

Врач специалист МО по месту нахождения пациента осуществляет выбор оптимального способа транспортировки (специализированная СМП, санитарная авиация и др.) в зависимости от тяжести состояния пациента и удаленности от МО; условий транспортировки (в положении лежа); надлежащего обезболивания и инфузионной терапии; в обязательном порядке осуществляется мониторинг ЭКГ, частоты сердечных сокращений, сатурация, надлежащая антикоагулянтная терапия, в том числе в\в введение гепарина.

Таблица №23

**Список контактов для взаимодействия с ответственными лицами и службами
медицинских организаций, задействованными в оказании
медицинской помощи пациентам с хроническими сердечно-
сосудистыми заболеваниями**

Медицинская организация	Ответственные должностные лица	Контакты
РСЦ ГБУЗ «Ресбольница № 1»	Руководитель РСЦ	8-39422-6-33-55
	Заведующий кардиологическим отделением №1	8-39422-6-40-02
	Врач дистанционного ЭКГ - консультирования	89293177849
	Заведующий кардиологическим отделением № 2	8-39422-6-11-27
	КДЦ диспетчер	89232636788, 8-39422-3-78-88
ГБУЗ РТ «Барум-Хемчикский ММЦ»	Заведующий	89235901667
ГБУЗ РТ «Республиканский центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф»	Начальник	+7 (39422) 2-32-22

ГБУЗ РТ «Кызылская ЦКБ»	Главный врач	9-14-56
ГБУЗ РТ «Бай-Тайгинская ЦКБ»	Главный врач	(394-42) 2-13-95
ГБУЗ РТ «Монгун-Тайгинская ЦКБ»	Главный врач	(394-51) 5-14-36
ГБУЗ РТ «Овюрская ЦКБ»	Главный врач	(394-44) 2-13-09
ГБУЗ РТ «Сут-Хольская ЦКБ»	Главный врач	(394-45) 2-12-83
ГБУЗ РТ «Дзун-Хемчикский ММЦ»	Главный врач	(394-34)2-10-12
ГБУЗ РТ «Чаа-Хольская ЦКБ»	Главный врач	(394-43) 2-14-35
ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский ММЦ»	Главный врач	(394-36) 2-11-75
ГБУЗ РТ «Чеди-Хольская ЦКБ»	Главный врач	(394-52) 2-23-49
ГБУЗ «Тандинская ЦКБ» РТ	Главный врач	(394-37) 2-13-32
ГБУЗ РТ «Пий-Хемская ЦКБ»	Главный врач	(394-35)2-13-10
ГБУЗ РТ «Каа-Хемская ЦКБ»	Главный врач	(394-32) 2-22-93, 2-25-93
ГБУЗ РТ «Эрзинская ЦКБ»	Главный врач	(394-39) 2-23-29
ГБУЗ РТ «Тес-Хемская ЦКБ»	Главный врач	(394-38) 2-11-31
ГБУЗ РТ «Тоджинская ЦКБ»	Главный врач	(394-50)3-94-50
ГБУЗ РТ «Тере-Хольская ЦКБ»	Главный врач	89963392732 89232611851

3. При необходимости проведения пациентам с ОАС кардиохирургических вмешательств и в иных сложных случаях выбора тактики ведения пациентов с ОАС организуются телемедицинские консультации между региональными медицинскими организациями 3 уровня и профильными федеральными медицинскими организациями по диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний через телемедицинскую систему дистанционных консультаций (ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, единый контактный центр: +7 (383) 347-60-99; e-mail: mail@meshalkin.ru.), заявка подается в срок не позднее 3 суток с момента поступления пациента.

Таблица №23

Список контактов для взаимодействия с ответственными лицами и службами медицинских организаций

Медицинская организация	Ответственные должностные лица	Контакты
РСЦ ГБУЗ «Ресбольница № 1»	Руководитель РСЦ	8-39422-6-33-55
	Заведующий Кардиохирургическим отделением	8-983-516-60-46

ГБУЗ РТ «Республиканский Центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф»	Начальник	+7 (39422) 2-32-22
--	-----------	--------------------

Таблица №24

**Список контактов для взаимодействия с ответственными лицами и службами
медицинских организаций, задействованными в оказании медицинской помощи
пациентам с экстренными сердечно-сосудистыми заболеваниями**

Медицинская организация	Ответственные должностные лица	Контакты
РСЦ ГБУЗ «Ресбольница № 1»	Руководитель РСЦ	8-39422-6-33-55
	Заведующий Кардиохирургическим отделением	8-983-516-60-46
ГБУЗ РТ «Барум-Хемчикский ММЦ»	Заведующий	89235901667
ГБУЗ РТ «Республиканский центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф»	Начальник	+7 (39422) 2-32-22
Кызылский кожуун	Главный врач	9-14-56
Бай-Тайгинский кожуун	Главный врач	(394-42) 2-13-95
Монгун-Тайгинский кожуун	Главный врач	(394-51) 5-14-36
Овюрский кожуун	Главный врач	(394-44) 2-13-09
Сут-Хольский кожуун	Главный врач	(394-45) 2-12-83
Дзун-Хемчикский кожуун	Главный врач	(394-34) 2-10-12
Чаа-Хольский кожуун	Главный врач	(394-43) 2-14-35
Улуг-Хемский кожуун	Главный врач	(394-36) 2-11-75
Чеди-Хольский кожуун	Главный врач	(394-52) 2-23-49
Тандинский кожуун	Главный врач	(394-37) 2-13-32
Пий-Хемский кожуун	Главный врач	(394-35) 2-13-10
Каа-Хемский кожуун	Главный врач	(394-32) 2-22-93, 2-25-93
Эрзинский кожуун	Главный врач	(394-39) 2-23-29
Тес-Хемский кожуун	Главный врач	(394-38) 2-11-31
Тоджинский кожуун	Главный врач	(394-50) 3-94-50
Тере-Хольский кожуун	Главный врач	89963392732

4. Согласно алгоритму направления на реабилитационные мероприятия пациентов с ОИК после хирургического лечения направляются на реабилитацию. Протезирование нижней конечности пациентов с ампутацией 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.

5. Учет пациентов, перенесших хирургическое вмешательство по поводу ОИН, в том числе за пределами РТ.

6. Диспансерное наблюдение осуществляется врачом кардиологом и (при наличии) организуется наблюдение в специализированном центре.

7. Диспансерное наблюдение у врача-ССХ (сосудистого хирурга) или врача хирурга в амбулаторных условиях, врача медицинской реабилитации в целях контроля сосудистого риска, ведения пациентов с хронической ишемией конечностей и профилактики рецидивов.

4.7. Регламента маршрутизации пациентов с тромбоэмболией легочной артерии.

Регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи пациентам с тромбоэмболией лёгочной артерии (ТЭЛА). К ТЭЛА относятся состояния, соответствующие кодами I26 Международной классификации болезней десятого пересмотра.

Таблица №25

Перечень медицинских организаций, оказывающих пациентам с ТЭЛА высокотехнологическую медицинскую помощь.

Наименование медицинской организации	Территориальное расположение	Количество коек, всего\кардиологические\анестезиологии и реанимации	Количество ангиографов	Численность населения в зоне обслуживания	Расстояние и время доставки, автомобилем\санавиацией
РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница №1»	г. Кызыл, ул. Оюна Курседи, 163	601\23\6	2	214606	453км\9часа 3часа

Таблица №26

Перечень медицинских организаций, оказывающих пациентам с ТЭЛА специализированную медицинскую помощь пациентам по профилю «кардиология»

Наименование медицинской организации	Территориальное расположение	Количество коек, кардиологические\анестезиологии и реанимации	Численность населения в зоне обслуживания медицинской организации, чел	Расстояние и время доставки, Автомобилем\Санавиацией
ПСО ГБУЗ РТ «Барум-Хемчикский ММЦ»	г. Ак-Довурак, ул. Центральная, 18, главный корпус, 1 этаж	212\11\3	43361	300км\4час\санитарного борта нет

Перевод в медицинские организации с рентгенхирургическим центром - в соответствии со схемой маршрутизации.

Медицинские организации	Зоны ответственности	Численность прикрепленного взрослого населения	сезонная недоступность
-------------------------	----------------------	--	------------------------

РСЦ ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1» кардиологическое отделение № 1	Вся территория Республики Тыва	214606	
ГБУЗ РТ «Барум- Хемчикский ММЦ»	Барум-Хемчикский район	14229	
ГБУЗ РТ «Бай- Тайгинская ЦКБ»	Бай-Тайгинский район	6314	
ГБУЗ РТ «Дзун- Хемчикский ММЦ»	Дзун-Хемчикский район	10796	
ГБУЗ РТ «Овюрская ЦКБ»	Овюрский район	4392	
ГБУЗ РТ «Сут-Хольская ЦКБ»	Сут-Хольский район	4925	
ГБУЗ РТ «Монгун- Тайгинская ЦКБ»	Монгун-Тайгинский район	3609	Сезонная недоступность- транспортировка санитарной авиацией
ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский ММЦ»	Улуг-Хемский район	12293	
ГБУЗ РТ «Чаа-Хольская ЦКБ»	Чаа-Хольский район	3628	
ГБУЗ РТ «Чеди-Хольская ЦКБ»	Чеди-Хольский район	4643	
ГБУЗ РТ «Тес-Хемская ЦКБ»	Тес-Хемский район	5196	
ГБУЗ РТ «Эрзинская ЦКБ»	Эрзинский район	5872	
ГБУЗ РТ «Тандинская ЦКБ»	Тандинский район	9321	
ГБУЗ РТ «Пий-Хемская ЦКБ»	Пий-Хемский кожуун	6916	
ГБУЗ РТ «Каа-Хемская ЦКБ»	Каа-Хемский кожуун	7321	
ГБУЗ РТ «Кызылская ЦКБ»	Кызылский кожуун	23202	
ГБУЗ РТ «Тоджинская ЦКБ»	Тоджинский кожуун	4153	Сезонная недоступность- транспортировка
ГБУЗ РТ «Тере-Хольская ЦКБ»	Тере-Хольский кожуун	1199	Сезонная недоступность- транспортировка санитарной авиацией

Таблица №27

Алгоритм действий по оказанию первичной медицинской помощи врачом первого контакта, врачом скорой медицинской помощи при подозрении у пациента ТЭЛА.

Собрать анамнез с учетом возможных предрасполагающих к ТЭЛА факторов (тромбоз вен любой локализации, беременность, длительная иммобилизация, операции, травмы, прием комбинированных гормональных контрацептивов, эпизоды тромбоза любой локализации в анамнезе, наличие онкологических заболеваний и т.д.).

2. Провести анализ и оценку клинических симптомов, учитывая многообразие клинических проявлений ТЭЛА и отсутствие патогномичных признаков, включая поиск возможного

доступного источника тромбоза: тщательный осмотр нижних конечностей на предмет одностороннего отека со сравнительным измерением окружности конечностей на 10 - 15 см ниже и выше линии колена (диагностически значимая разница более 3 см), наличие болезненности при пальпации по ходу глубоких вен и т.д.

3. Выполнить электрокардиограмму, отправить ЭКГ по программе Валента в РСЦ.

4. Для интерпретации всех клинических проявлений ТЭЛА использовать лист оценки клинической вероятности для врача первого контакта при подозрении у пациента на ТЭЛА.

5. В случае средней и низкой клинической вероятности целесообразно исследование уровня Д-димера в крови (для исключения ТЭЛА).

6. Догоспитальный этап оказания медицинской помощи больным с подозрением на ТЭЛА осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 20.12.2012 N 1126н, включает оказание неотложной медицинской помощи (при отсутствии противопоказаний к приему препаратов):

- купирование болевого приступа, при необходимости наркотическими анальгетиками;
- проведение гепаринотерапии (внутривенно 10 000 ЕД) или низкомолекулярные гепарины, или фондапаринукс подкожно);
- купирование опасных для жизни аритмий;
- лечение острой сердечно-легочной недостаточности, включая кислородотерапию, и проведение при необходимости сердечно-легочной реанимации.

7. Госпитализация в стационар производится согласно маршрутизации пациентов с ТЭЛА согласно

8. Обязательное предварительное информирование приемного покоя медицинской организации врачом СМП о госпитализации пациента с ТЭЛА.

9. Больные с ТЭЛА с клиникой кардиогенного шока, отека легких, с пароксизмами желудочковой тахикардии или фибрилляцией желудочков, реанимированные после остановки кровообращения, поступают непосредственно в отделение реанимации и интенсивной терапии или блок интенсивной терапии, минуя этап приемного отделения.

Контакт врача СМП с дежурным врачом отделения реанимации и интенсивной терапии происходит непосредственно в отделении.

Лист оценки клинической вероятности для врача первого контакта при подозрении у пациента ТЭЛА

N п/п	Шкалы Geneva и Wells для клинической оценки вероятности ТЭЛА			
	Шкала Geneva		Шкала Wells	
2	Параметры	Баллы	Параметры	Баллы
3	Предрасполагающие факторы		Предрасполагающие факторы	
	Возраст > 65 лет	+1		
4	Тромбоз глубоких вен нижних конечностей или ТЭЛА в анамнезе	+3	Тромбоз глубоких вен нижних конечностей или ТЭЛА в анамнезе	+1,5
5	Операция или перелом в течение последнего месяца	+2	Недавняя операция или иммобилизация	+1,5
6	Рак в процессе лечения	+2	Рак в процессе лечения	+1

7	Симптомы		Симптомы	
8	Односторонняя боль в нижней конечности	+3		
9	Кровохарканье	+2	Кровохарканье	+1
10	Клинические симптомы		Клинические симптомы	
11	ЧСС 75 - 94 уд./мин.	+3	ЧСС > 100 уд./мин.	+1,5
12	ЧСС >= 95 уд./мин.	+5		
13	Боль при пальпации и односторонний отек нижней конечности	+4	Клинические симптомы тромбоза глубоких вен нижних конечностей	+3
14			Клиническая оценка	
			Альтернативные диагнозы менее вероятны, чем ТЭЛА	+3
15	Клиническая вероятность	Сумма	Клиническая вероятность	Сумма
16	Низкая	0 - 3	Низкая	0 - 1
17	Средняя	4 - 10	Средняя	2 - 6
18	Высокая	>= 11	Высокая	>= 7
Врачом первого контакта суммируются баллы по всем имеющимся признакам ТЭЛА. Клиническая вероятность оценивается по сумме баллов				

Маршрутизация пациентов с тромбоэмболией легочной артерии.

- Госпитализация пациентов с ТЭЛА осуществляется в соответствии со схемой маршрутизации пациентов с ОКС в дежурную медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь пациентам с болезнями системы кровообращения; при нетранспортабельном состоянии - в ближайшую медицинскую организацию (центральную кожную больницу) с обязательным проведением телемедицинской консультации с дежурной медицинской организацией 3 уровня через телемедицинскую систему дистанционных консультаций, срок исполнения запроса - не более 2 часов, экстренные консультации через КДЦ ГБУЗ РТ «Ресбольница №1», телефоны 89232636788, 8-39422-3-78-88.
- Госпитализация возможна только при наличии в медицинской организации препаратов для тромболитической терапии в соответствии со стандартом и проведении пациенту ангиографии легочной артерии. В противном случае пациент должен быть госпитализирован в ближайшую медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь при ТЭЛА.
- Все случаи оказания помощи при ТЭЛА в непрофильных медицинских организациях подлежат направлению на экспертизу главному внештатному специалисту по кардиологии.

4.8. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения

Регламент маршрутизации пациентов с ОНМК (состояния, соответствующие кодам I60-I64, G45-G46 Международной классификации болезней десятого пересмотра) на территории

Российской Федерации формируется на основании и в соответствии с Приказом № 928н, Приказом № 931н.

Формирование регионального регламента маршрутизации пациентов с ОНМК организуется с привлечением главных внештатных специалистов по профилям «неврология», «нейрохирургия», «ССХ», «рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение», «офтальмология» и иных специалистов, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ОНМК на территории Республики Тыва.

Таблица №28

Перечень МО, в структуре которых организован РСЦ и/или ПСО для лечения больных с ОНМК

Наименование медицинской организации Территориальное расположение	Зоны ответственности	Количество коек, Всего\ неврологически\ анестезиологии и реанимации	Количество ангиографов	Количество КТ	Количество МРТ	Численность населения в зоне обслуживания медицинской организации, чел	Расстояние и время доставки, Автомо билем\ Санавиаций
РСЦ ГБУЗ «Ресбольница №1» г. Кызыл, ул. Оюна Курседи, 163, главный корпус	Республика Тыва	601/39/6	2, находится на втором и третьем этаже	2 (16, 64, 64 среза) в корпусе приемного покоя, тер. корпусе	1 (1,5 Тсл) в главном корпусе приемного покоя	214606	453км\9 часа\3 часа
ПСО ГБУЗ РТ «Барум-Хемчикский ММЦ» г. Ак-Довурак, ул. Центральная, 18, главный корпус, 1 этаж	Барум-Хемчикский кожуун, Бай-Тайгинский кожуун, Дзун-Хемчикский кожуун, Сут-Хольский кожуун	11/3	0	1 (32 среза) в главном корпусе	0	36264	300км\4 часа\санитарного борта нет

В РСЦ на базе ГБУЗ РТ «Ресбольница №1» отделение ОНМК имеет в составе 39 коек из них 6 коек ПРИТ, является структурным подразделением больницы. Среднее время доставки до 120 минут в зоне ответственности. Все пациенты госпитализируются, минуя приемное отделение. В РСЦ имеют 2 КТ (16 срезов и 64 срезов), 1 МРТ (1,5 Тесла), находятся на 1 этаже возле приемного отделения. 2 стационарные ангиографические установки на 2 и 3 этаже больницы. Наличие в больнице кардиохирургического и нейрохирургического отделений, а также отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения (РХМДЛ), где выполняются реконструктивные и реваскуляризирующие операции на брахиоцефальных артериях, вмешательства при геморрагическом инсульте, операции по поводу аневризм головного мозга и лечения артериовенозных мальформаций. В структуре больницы имеется отделения медицинской реабилитации, которое находится в здании терапевтического корпуса по ул. Титова 88.

В ПСО ГБУЗ РТ «Барум-Хемчикский ММЦ» г. Ак-Довурак отделение ОНМК имеет 11 коек из них 3 коек ПРИТ. Среднее время доставки 120 минут в зоне ответственности. Все пациенты госпитализируются, минуя приемное отделение. В ПСО имеют 1 КТ (16 срезов) находятся на 1 этаже возле приемного отделения. В больнице нет отделений сосудистой хирургии, нейрохирургии, РХМДЛ. В структуре больницы имеется отделения медицинской реабилитации.

Пациенты из других МО госпитализируются в больницы по месту проживания и через консультативно-дистанционный центр ГБУЗ РТ «Ресбольницы №1» переводятся в ПОС или РСЦ.

Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения на территории Республики Тыва

Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения на территории Республики Тыва устанавливает правила и этапы оказания медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения (далее - ОНМК) в медицинских организациях Республики Тыва.

Для целей настоящего Алгоритма к инсультам относят ОНМК, характеризующиеся внезапным (в течение минут, реже часов) появлением очаговой неврологической и (или) общемозговой симптоматики, сохраняющейся более 24 часов или приводящей к смерти пациента в более короткий промежуток времени вследствие причины цереброваскулярного происхождения и транзиторные ишемические атаки (далее - ТИА).

1. Скорая медицинская помощь пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения (далее - ОНМК) оказывается врачами и фельдшерами бригады скорой медицинской помощи, которые обеспечивают проведение мероприятий по устранению угрожающих жизни состояний.

2. В целях своевременной диагностики и оказания неотложной медицинской помощи пациентам с подозрением на ОНМК осуществляется госпитализация пациентов в региональный сосудистый центр (далее — РСЦ) или первичное сосудистое отделение (далее - ПСО) в максимально короткие сроки для проведения нейровизуализации компьютерной томографии головного мозга или магнитно-резонансной томографии головного мозга и консультации специалиста.

3. Пациент с ОНМК доставляется в максимально короткие сроки в РСЦ или ПСО согласно схеме маршрутизации.

4. Пациент, признанный нетранспортабельным, госпитализируется в кожуунную больницу. После оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК в кожуунной больнице, ГБУЗ РТ «Республиканского центра СМП и Медицины (в случае необходимости) осуществляет медицинскую эвакуацию пациента, которая включает в себя и санитарно-авиационную эвакуацию.

5. После лечения в стационаре пациенты, перенесшие ОНМК, направляются в отделение медицинской реабилитации в ГБУЗ РТ «Ресбольница №1», по согласованию с заведующим отделением реабилитации по тел. 8-(39422)-6-00-54).

Таблица №29

Схема маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения

Маршрутизация пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения на госпитализацию	
Территория	Медицинская организация
Барум-Хемчикский, Бай-Тайгинский, Дзун-Хемчикский, Овюрский, Сут-Хольский Монгун-Тайгинский	ПСО ГБУЗ РТ «Барум-Хемчикский ММЦ» Работают 24/7/365
Улуг-Хемский, Чаа-Хольский, Чеди-Хольский, Тес-Хемский, Эрзинский, Тандинский, Пий-Хемский, Каа-Хемский, Кызылский, Тоджинский, Тере-Хольский г. Кызыл	РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница №1» работают 24/7/365

Этапы организации оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК

Догоспитальный этап	
Первый контакт медицинского работника с пациентом ОНМК врач (врач — терапевт участковый, в поликлинике или на дому), фельдшер ФАП, врач (фельдшер) скорой медицинской помощи)	
Клинические проявления	Мероприятия
Острая очаговая неврологическая и (или) общемозговая симптоматика: нарушение сознания, речи, глотания, функции конечностей по типу парезов или параличей	1. Сбор жалоб, анамнеза заболевания: установить точное время появления симптомов с целью с определения лечебной тактики; если оно неизвестно, необходимо уточнить время, когда пациента последний раз видели без данных симптомов (время последнего контакта). Получить данные о наличии или отсутствии острых или хронических заболеваний/состояний в анамнезе и принимаемых лекарственных препаратах с целью определения лечебной тактики. У пациентов с инсультом необходимо выявить наличие его факторов риска в анамнезе: артериальная гипертензия, сахарный диабет, заболевания сердца (фибрилляция предсердий, ишемическая болезнь сердца), заболевания периферических артерий, дислипидемия, ожирение, инсульт в анамнезе, факторы образа жизни (низкая физическая активность, несоблюдение диеты, активное табакокурение и злоупотребление алкоголем), психосоциальный стресс и депрессия. При физикальном обследовании пациента с подозрением на инсульт делать акцент на поиске признаков инфекции головы и шеи (отит, мастоидит, синусит, ринит, поражение лица и черепа) с целью определения причины заболевания 2. Осмотр пациента с оценкой общего состояния (тяжести состояния), измерение артериального давления, пульса, температуры, частоты дыхательных движений, оценка неврологического дефицита по шкале LAMS (нарушение сознания, речи, глотания, функции конечностей по типу парезов или параличей); 3. для оценки уровня сознания - шкала комы Глазго Для бригады скорой медицинской помощи: регистрация электрокардиограммы, определение уровня сахара крови глюкометром. 4. Вызов бригады скорой медицинской помощи (для фельдшера фельдшерско-акушерского пункта, участкового фельдшера и врача); 5. Приступить к оказанию медицинской помощи. 6. Приступит к оказанию медицинской помощи.
Медицинская эвакуация пациента с ОНМК (врач (фельдшер) скорой медицинской помощи) Оснащение машины скорой медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 года № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», в том числе: портативный электрокардиограф, набор для проведения сердечно-легочной реанимации, включая аппарат для проведения ручной искусственной вентиляции легких, оборудование для инфузионной терапии (инфузионный блок, сумка с инфузионными растворами, линеемат, система для внутривенной инфузии); набор для установки в/з катетера, система мобильной связи, вакуумный аспиратор, кислород.	
Во время медицинской эвакуации	Врач (фельдшер) бригады скорой медицинской помощи перед Медицинской эвакуацией должен информировать по телефону медицинскую организацию через диспетчера ГБУЗ РТ «Республиканский центра СМП и Медины катастроф» (тел 8(39422) 2-32-31) согласно схеме маршрутизации о медицинской эвакуации пациента с ОНМК РСЦ ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1»: -неврологическое отделение для пациентов с ОНМК - 8(39422) 6-33-55; - приемное отделение - 8(39422) 6-40-00; 2. Мониторинг показателей гемодинамики (контроль артериального давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхательных движений); 3. Продолжать начатую терапию и проведение симптоматической терапии. 4. Установление внутривенного катетера в локтевую вену для проведения терапии и контрастирования пациентам, у которых начало

	инсульта не позднее 6 часов
	Госпитальный этап
РСЦ ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1» ПСО ГБУЗ РТ «Барум-Хемчикский ММЦ»	1. Нейро-рентгенологическое обследование: компьютерная томография головного мозга с оценкой результата. Пациентам с признаками ОНМК в экстренном порядке проведение бесконтрастной КТ головного мозга или МРТ головного мозга с получением результатов исследования (заключения) в течение 40 минут от момента поступления пациента в стационар для дифференциальной диагностики ОНМК с целью определения тактики лечения. Ожидание результатов содержания мочевины и креатинина в сыворотке крови перед применением контрастного препарата не требуется при условии отсутствия почечной недостаточности. К ранним КТ-признакам ишемии головного мозга относятся: нарушение дифференцировки серого и белого вещества, сглаженность борозд вдоль конвекса, утрата ребристой структуры извилин в области островка, снижение контрастности базальных ганглиев. Гиподенсивные изменения (снижение рентгеновской плотности вещества головного мозга) выявляется к концу первых суток от момента развития ИИ 2. При выявлении внутримозгового кровоизлияния полушарной локализации объемом более 50,0 мл и мозжечка 30,0 мл или инфаркта мозжечка проводится консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении и переводе в РСЦ. 3. При выявлении субарахноидального кровоизлияния (среднетяжелом состоянии пациента) выполняется каротидная ангиография. 4. При выявлении аневризмы: консультация врача-нейрохирурга, определение показаний для оперативного лечения и перевода в нейрохирургическое отделение ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1». 5. Пациентам с ишемическим инсультом, поступившим в пределах 6-ти часов от начала заболевания с тяжестью неврологического дефицита ≥ 6 баллов по NIHSS, оценкой ранних изменений вещества головного мозга по ASPECTS ≥ 6 баллов и уровнем доинсультной инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина 0-2 балла вне зависимости от причин инвалидизации, проведение компьютерно-томографической ангиографии или магнитно-резонансной ангиографии интракраниальных сосудов с уровня дуги аорты с целью определения окклюзирующего поражения вне-и/или внутричерепной артерии. 6. Пациентам с ишемическим инсультом в каротидном бассейне с оценкой по модифицированной шкале Рэнкина 0–2 балла, которые являются кандидатами для проведения каротидной эндартерэктомии или стентирования, ультразвуковое дуплексное исследование сонных артерий в течение 24 ч после госпитализации с целью определения тактики лечения 7. Рекомендуется использование шкалы ASPECTS при проведении КТ головного мозга у взрослых пациентов с ишемическим инсультом для определения степени его поражения 8. Рекомендуется у взрослых пациентов с ишемическим инсультом экстренное повторное КТ головного мозга при увеличении тяжести по шкале NIHSS ≥ 4 баллов от исходного уровня, либо при появлении симптоматики, соответствующей поражению другого сосудистого бассейна с целью определения тактики лечения 9. Рекомендуется взрослым пациентам с ишемическим инсультом после внутривенного тромболизиса и/или механической тромбэктомии в сроки от 22 до 36 часов от начала заболевания, при наличии признаков клинического ухудшения, повторное КТ головного мозга 10. Рекомендуется у взрослых пациентов с ишемическим инсультом при выявлении на КТ головного мозга аксиальной дислокации более 2 мм в первые 24 ч от начала заболевания или более 7 мм в первые 48 ч от начала заболевания трактовать течение инсульта как злокачественное с целью определения тактики лечения 11. При ишемическом инсульте срок наступления до 6 часов выполняется каротидная ангиография от дуги аорты с захватом сосудов головного мозга, ожидание результатов содержания мочевины и креатинина в сыворотке крови перед применением контрастного

	препарата не требуется при условии отсутствия почечной недостаточности. 12. При достоверном исключении по результатам проведенного обследования у пациента с ОНМК, осуществляется перевод больного в медицинскую организацию по месту жительства, с рекомендациями по лечению, транспортом, который доставил пациента в ПСО или РСЦ.
Мероприятия госпитального этапа ведения пациента с ОНМК	
Сроки заболевания	Мероприятия
В первые сутки лечения выполняется обследования	- всем пациентам с предположительным диагнозом ОНМК прием (осмотр, консультация) врача-невролога в срок не позднее 10 мин от момента поступления в стационар с целью сокращения времени до начала реперфузионной и базисной терапии. - у всех пациентов с ишемическим инсультом или ТИА оценивать жизненно важные функции (проходимость дыхательных путей, функции дыхания и кровообращения) и неврологический статус (общемозговая симптоматика с определением уровня сознания, оболочечные (менингеальные) симптомы, очаговый неврологический дефицит) с целью определения лечебной и диагностической тактик - всем пациентам с ишемическим инсультом или ТИА с целью оценки уровня бодрствования (до применения седатизирующих препаратов) и признаков прогрессирования дислокации головного мозга использовать шкалу комы Глазго - всем пациентам с ишемическим инсультом или ТИА проводить оценку функции глотания для выявления ранних признаков дисфагии. Исходный тест оценки глотания следует проводить до приема пищи или пероральных лекарственных средств в течение первых 3 ч от момента поступления пациента в палату реанимации или интенсивной терапии с целью снижения риска аспирации рекомендациями, утвержденными в установленном порядке; При определении показаний к ТЛТ необходимо выявить в анамнезе наличие заболеваний/состояний, являющихся противопоказанием к системному тромболизису, а также прием антикоагулянтной терапии с уточнением времени последнего приема. Пациентам с ишемическим инсультом и показаниями к внутривенному тромболизису оценка МНО при приеме варфарина, тромбинового времени при приеме дабигатрана этексилата для определения возможности применения данного метода лечения Анализы, результаты которых должны быть предоставлены с момента поступления в течение 3 часов: Общий (клинический) анализ крови развернутый (с лейкоцитарной формулой и СОЭ). Анализ крови биохимический общетерапевтический (АЛТ, АСТ, билирубин, креатинин, мочевины, общий белок, калий, натрий). Общий (клинический) анализ мочи Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (АЧТВ, МНО, фибриноген). В течение 48 часов: Анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический (триглицериды, общий холестерин, липопротеиды низкой плотности, липопротеиды высокой плотности) Рекомендуется регистрация электрокардиограммы всем пациентам с ишемическим инсультом и ТИА при поступлении в стационар с целью выявления фибрилляции предсердий, ишемических и других изменений миокарда, врожденных и приобретенных пороков сердца и нарушения сердечного ритма, однако это не должно задерживать реперфузионную терапию. Рекомендуется проведение прикроватного ЭКГ-мониторинга (А05.10.007 Мониторирование электрокардиографических данных) или холтеровского мониторирования сердечного ритма длительностью не менее 24 ч взрослым пациентам с ишемическим инсультом или ТИА с целью выявления фибрилляции предсердий, ишемических и других изменений миокарда Рекомендуется проведение холтеровского мониторинга сердечного ритма длительностью не менее 72 ч или имплантация петлевого регистратора для долговременной регистрации электрической активности проводящей системы сердца (А05.10.012) взрослым пациентам с ESUS и признаками предсердной кардиопатии с целью выявления скрытой фибрилляции

	предсердий Рекомендуется проведение эхокардиографии (ЭхоКГ) всем пациентам с ишемическим инсультом или ТИА с целью выявления кардиальных источников эмболии Рекомендуется всем пациентам с неспровоцированными эпилептическими приступами проведение электроэнцефалографии с нагрузочными пробами по стандартному протоколу (длительностью не менее 30 минут безартефактной записи ЭЭГ), а также, проведение электроэнцефалографии с видеомониторингом с целью выявления и локализации эпилептиформных изменений на ЭЭГ Рекомендуется проведение ультразвуковой доплеровской локации газовых пузырьков (транскраниальной доплерографии с пузырьковой пробой) пациентам с ESUS в возрасте от 18 до 55 лет с целью диагностики парадоксальной эмболии Рекомендуется всем пациентам с криптогенным инсультом при наличии клинических показаний проведение дополнительного обследования с целью поиска тромбофилии, системных инфекций, васкулита, аутоиммунных заболеваний и генетических причин развития инсульта Рекомендуется проведение спинномозговой пункции всем пациентам с ЦВТ и подозрением на менингит с целью своевременной постановки диагноза септического венозного тромбоза последовательность стафилокиназы (Фортелизин) для системной тромболитической терапии: болюсное внутривенное введение в дозе 10 мг., после проведения КТ головного мозга; Тенектеплаза (Tenecteplase) — препарат для тромболитической терапии. Фибринолитик, рекомбинантный активатор плазминогена, генетически модифицированный. Всем пациентам с ИИ проводить регулярную стандартную оценку активности повседневной жизни, самообслуживания, функциональной мобильности и коммуникационных способностей с целью планирования и оценки эффективности проводимых реабилитационных мероприятий взрослым пациентам с ИИ исследование когнитивных функций по Монреальской шкале (приложение Г20) с оценкой синдрома игнорирования с целью их своевременного распознавания и формирования индивидуального плана реабилитационного лечения - заочная консультация пациента через диспетчера КДЦ ГБУЗ РТ «РБ №1» (телефон 89232636788, 8-39422-3-78-88) с дежурным врачом-неврологом РСЦ, согласно схеме маршрутизации или заведующим неврологическим отделением для пациентов с ОНМК РСЦ (в рабочее время; - коррекция лечения и определение дальнейшей тактики ведения пациентов.
Этап III. Реабилитация	
По окончании срока стационарного лечения в отделении, предусмотренного стандартами медицинской помощи при состояниях, отнесенных к ОНМК, дальнейшая тактика ведения и реабилитация пациента с ОНМК определяются врачебным консилиумом в составе заведующего отделением, лечащего врача, бригады специалистов, участвовавших в восстановлении нарушенных вследствие ОНМК функций нервной системы, с записью в медицинской карте стационарного пациента, согласно шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ).	
Состояние пациента ОНМК	Место реабилитации
Пациенты по шкале ШРМ 1-2	Направляются на долечивание и реабилитацию в амбулаторно-поликлинические медицинские организации (поликлиники города, ММЦ/ЦКБ)
Пациенты по шкале ШРМ 3-4	Направляются в плановом порядке в реабилитационное отделение ГБУЗ РТ «РБ №1».
Пациенты по шкале ШРМ 4-6	Направляются в терапевтические отделения медицинских организаций по месту жительства и реабилитационное отделение ГБУЗ РТ «РБ №1».
Пациенты, отказавшиеся от реабилитации	Направляются домой под наблюдение медицинского работника по месту жительства
Диспансерное наблюдение	
Ответственное лицо по взаимодействию ПСО и РСЦ с территориальными медицинскими	В день выписки (смерти) пациента из отделения, направляет информацию о пациенте по телефону, представленному — территориальной — медицинской организацией по месту жительства (регистрации) пациента и в кабинет высокого риска и вторичной профилактики КДЦ ГБУЗ РТ

организациями	«РБ№1»
Ответственное лицо по взаимодействию с территориальной медицинской организацией с ПСО и РСЦ	Принимает информацию о выписке (смерти) пациента из ПСО или РСЦ и передает участковому врачу (фельдшеру) - терапевту, неврологу
Участковый врач (фельдшер)	в течение первых суток обязан активно посетить выписанного пациента и выписать препараты для бесплатного лекарственного обеспечения;
терапевт, невролог территориальной медицинской организации.	- определить дальнейшую тактику ведения и реабилитационную программу совместно с врачом реабилитологом; - в течение первых 6 месяцев после выписки из стационара пациент должен наблюдаться врачом-неврологом, терапевтом; - состояние пациента при выписке из стационара средней степени тяжести (наличие назогастрального зонда, мочевого катетера, эпицистостомы, трахеостомы) — 1 раз в 7 дней; - при изменении состояния до удовлетворительного, частота осмотра 1 раз в месяц - затем частота наблюдения 1 раз в 6 месяцев в течение 2 лет.

**Регламент маршрутизации пациентов при острых нарушениях мозгового кровообращения для выполнения операций
тромбэкстракция\тромбаспирация**

Муниципальные образования	Наименование медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «неврология» и «сердечно-сосудистая хирургия» и дежурные дни
Баруун-Хемчикский, Бай-Тайгинский, Дзун-Хемчикский, Овьурский, Сут-Хольский Монгун-Тайгинский Улуг-Хемский, Чаа-Хольский, Чеди-Хольский, Тес-Хемский, Эрзинский, Тандинский, Пий-Хемский, Каа-Хемский, Кызылский, Тоджинский, Тере-Хольский г. Кызыл	РСЦ ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1» работают 24/7/365
Примечание: при выявлении у пациентов с ОНМК, поступивших в ПСО на базе ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1», данные пациенты подлежат переводу в ЧКВ-центр в сроки, установленные клиническими рекомендациями. Во всех случаях ОНМК служба СМП или дежурные врачи медицинских организаций через диспетчера КДЦ ГБУЗ РТ «Ресбольница №1» (телефон 89232636788, 8-39422-3-78-88) информируют о транспортировке пациента в дежурный ЧКВ-центр, одновременно при необходимости согласовывается вид транспорта для медицинской эвакуации ГБУЗ РТ «Республиканский центра СМП и Медицины катастроф» (тел 8(39422) 2-32-22)	

Алгоритм догоспитальной оценки тяжести инсульта

Для оценки тяжести инсульта сотрудникам выездных бригад скорой медицинской помощи необходимо выполнить следующие действия:

Оценка лицевой мускулатуры:

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

0-нет асимметрии или минимальная асимметрия лица;

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

2. Удержание рук:

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

0-руки удерживаются под углом 90 или 45 градусов без малейшего опускания;

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

2-рука быстро падает без сопротивления силе тяжести.

3. Сжать кисти в кулак:

Попросите пациента плотно сжать ваш указательный и средний пальцы в кулаке. Оцените силу сжатия с 2х сторон.

0-сжимает симметрично, сила не снижена; 1-с

одной стороны сжимает слабее;

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

Сумма баллов: от 0 до 5

Алгоритм отбора и проведения эндоваскулярной тромбэкстракции в условиях стационара

1. Пациент с признаками ОНМК доставляется бригадой скорой медицинской помощи непосредственно в кабинет компьютерной томографии (далее - КТ) или магнитно-резонансной томографии (далее - МРТ) медицинской организации, минуя приемное отделение, где передается дежурному врачу неврологу или врачу ПИТ/ОРИТ ОНМК до проведения исследования.

Дежурный врач невролог или врач ПИТ/ОРИТ ОНМК оценивает состояние жизненно важных функций организма больного, общее состояние больного, неврологический статус (в том числе с оценкой балла по шкале инсульта NIHSS, анамнестически по модифицированной шкале Рэнкина до настоящего инсульта), по медицинским показаниям проводит мероприятия, направленные на восстановление нарушенных жизненно важных функций организма больного с признаками ОНМК, организует забор крови, принимает решение о выполнении нейровизуализации.

2. Врач-рентгенолог обеспечивает выполнение нейровизуализации (КТ или МРТ) всем пациентам с признаками ОНМК при поступлении.
3. Пациентам с ОНМК по ишемическому типу, госпитализированным в первые 24 часа от начала заболевания, врач-рентгенолог проводит оценку данных нейровизуализации с расчетом балла по шкале ASPECTS. При балле по шкале ASPECTS > 6 и отсутствии признаков геморрагического инсульта врач-рентгенолог обеспечивает выполнение исследования сосудов головного мозга (КТ-ангиография (от дуги аорты) или МР-ангиография).
4. Пациентам с ОНМК по ишемическому типу, поступившим в период времени от 6 до 24 часов и диагностированной окклюзией крупной церебральной артерии (BCA, M1-M2

сегменты СМА), врач рентгенолог обеспечивает выполнение КТ или МР-перфузии с оценкой параметров, изложенных в Приложении № 2 к настоящему протоколу.

В связи с тем, что ОНМК является ургентным состоянием, при отсутствии анамнестических данных за острую почечную недостаточность или хроническую почечную недостаточность в стадии декомпенсации, ожидание результатов содержания мочевины и креатинина в сыворотке крови перед применением контрастного препарата не требуется.

5. После выполнения нейровизуализации и КТ- или МР-ангиографии дежурный врач-невролог или врач ПИТ/ОРИТ ОНМК оценивает соответствие пациента следующим критериям отбора для проведения эндоваскулярного вмешательства:

5.1. Для пациентов, поступивших в первые 6 часов от начала заболевания:

- 1) сумма баллов по модифицированной шкале Рэнкина до настоящего инсульта 0-2;
- 2) симптом-связанная окклюзия внутренней сонной артерии или проксимальных отделов средней мозговой артерии (M1 сегмент);
- 3) тяжесть неврологического дефицита NIHSS > 6 баллов
- 4) возраст > 18 лет;
- 5) количество баллов по шкале ASPECTS > 6;
- 6) начало эндоваскулярного лечения не позднее 6 часов от развития симптомов.

5.2. Для пациентов, поступивших в период времени от 6 до 24 часов от начала заболевания:

- 1) сумма баллов по модифицированной шкале Рэнкина до настоящего инсульта 0-2;
- 2) симптом-связанная окклюзия внутренней сонной артерии, средней мозговой артерии (M1, M2 сегменты);
- 3) возраст > 18 лет; соответствие критериям, изложенным в приложении 2 к настоящему протоколу;
- 4) начало эндоваскулярного лечения не позднее 24 часов от развития симптомов.

5.3. Для пациентов с острой окклюзией основной артерии/интракраниальной части позвоночной артерии:

- 1) сумма баллов по модифицированной шкале Рэнкина до настоящего инсульта 0-2;
- 2) возраст > 18 лет;
- 3) начало эндоваскулярного лечения не позднее 24 часов от развития симптомов.

6. Если пациент соответствует критериям отбора для эндоваскулярного лечения - дежурный врач-невролог или врач ПИТ/ОРИТ ОНМК оповещает дежурного врача отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения (далее - отделение РХМДЛ) и обеспечивает экстренную транспортировку пациента непосредственно в отделение РХМДЛ, минуя ПИТ/ОРИТ ОНМК.

7. При отсутствии противопоказаний к проведению системной тромболитической терапии, начало таковой возможно в кабинете КТ. Показания/противопоказания для проведения системной тромболитической терапии оцениваются дежурным врачом неврологом или врачом ПИТ/ОРИТ ОНМК. При необходимости выполнения КТ-ангиографии рекомендуется придерживаться следующей последовательности:

7.1. В случае применения рекомбинантного белка, содержащего аминокислотную последовательность стафилокиназы для системной тромболитической терапии: болюсное внутривенное введение в дозе 10 мг с дальнейшим выполнением КТ- или МР ангиографии;

7.2. В случае применения альтеплазы:

- болюсное введение 10% от суммарной расчетной дозы альтеплазы, с дальнейшим введением 90% дозы;
- одновременное выполнение КТ- или МР-ангиографии с введением контраста в другую вену;

В случае применения для ТЛТ альтеплазы, инфузия продолжается в течение последующей транспортировки пациента в отделение РХМДЛ и процедуры эндоваскулярной тромбэкстракции. 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. При выполнении только МРТ- исследования, системная тромболитическая терапия начинается после завершения исследования. Основанием для допуска персонала в кабинет МРТ является предварительный плановый инструктаж по технике безопасности МРТ. Допуск в процедурную МРТ возможен только в сопровождении рентгенолаборанта, медсестры или врача-рентгенолога кабинета МРТ.

8. При проведении эндоваскулярного лечения ишемического инсульта врачам отделения РХМДЛ следует использовать стент-ретриверы, тромбоаспирацию при помощи аспирационных катетеров с широким просветом или сочетание этих методов.
9. При проведении ВСТЭ в каротидном бассейне следует обеспечить общую анестезию пациента с целью улучшения исходов процедуры.
10. Через 24 часа после эндоваскулярного лечения врач ПИТ/ОРИТ ОНМК обеспечивает выполнение повторной нейровизуализации (КТ или МРТ) с целью оценки динамики очага поражения головного мозга, выявления возможных геморрагических осложнений.
11. Руководителям структурных подразделений (отделений рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения; отделений лучевой диагностики, отделения анестезиологии и реанимации):
 - 1) обеспечить незамедлительный прием пациентов с ОНМК, доставленных выездной бригадой скорой медицинской помощи, минуя приемное отделение, в кабинете КТ или МРТ;
 - 2) обеспечить наличие всего персонала, включая анестезиолога- реаниматолога, для проведения процедуры ВСТЭ;
 - 3) обеспечить отправку соответствующими подразделениями изображений ангиосцен (ангиограмм) пациентов с проведенным эндоваскулярным вмешательством в Централизованный архив медицинских изображений.

Шкала-оценки ранних признаков инфаркта головного мозга (шкала ASPECTS)

Шкала ASPECTS является 10-балльной топографической КТ-шкалой, применяемой у пациентов с ишемическим инсультом в бассейне средней мозговой артерии.

Территория кровоснабжения средней мозговой артерии на двух аксиальных срезах (один на уровне таламуса и базальных ганглиев, другой - ростральнее сразу над базальными ганглиями) делится на 10 участков.

За каждый участок, имеющий признаки ранних ишемических изменений (гиподенсивность), вычитается один балл. Значение «0 баллов» означает диффузное поражение всей территории кровоснабжения средней мозговой артерии. При отсутствии изменений значение шкалы составляет «10 баллов».

Оцениваемые участки:

C — хвостатое ядро (Cauda)

L — чечевицеобразное ядро (Lentiform nucleus) I C —
внутренняя капсула (Internal capsule)

I — островковая доля (Insular cortex)

M1: «передняя кора СМА» или «оперкулярная зона» M2:

«средняя кора СМА» или «передне-височная зона»

M3: «задняя кора СМА»

M4: «передняя верхняя территория СМА» M5:

«средняя верхняя территория СМА» M6:

«задняя верхняя территория СМА»

Участки M1-M3 находятся на уровне базальных ганглиев, участки M4-M6 на уровне желудочков непосредственно над базальными ганглиями.

Показания для эндоваскулярной тромбэкстракции у пациентов с ишемическим инсультом и окклюзией крупной церебральной артерии, поступивших в стационар в период времени, превышающий 6 часов от начала заболевания

Сумма баллов по модифицированной шкале Рэнкина до настоящего инсульта 0-2.

Соответствие всем пунктам клинико-перфузионных (КТ или МР-перфузия) **критериев А** или **критериев Б**:

Критерии А:

1. Симптом-связанная окклюзия внутренней сонной артерии, средней мозговой артерии (M1, M2 сегменты)
2. Начало эндоваскулярного лечения (пункция артерии доступа) не позднее 16 часов от начала заболевания (или от времени последнего контакта с пациентом до появления симптомов).
3. Сумма баллов по шкале инсульта NIH > 6
4. Объем ядра ишемии < 70 мл
5. Значение несоответствия между объемами зоны гипоперфузии и ядра ишемии > 1.8
6. Объем потенциально жизнеспособной ткани мозга > 15 мл

Критерии Б:

1. Симптом-связанная окклюзия внутренней сонной артерии, средней мозговой артерии (M1 сегмент)
2. Начало эндоваскулярного лечения (пункция артерии доступа) не позднее 24 часов от начала заболевания (или от времени последнего контакта с пациентом до появления симптомов)
3. Объем ядра ишемии менее 21 мл для пациентов с возрастом > 80 лет и NIHSS > 10 баллов
4. Объем ядра ишемии менее 31 мл для пациентов с возрастом < 80 лет и NIHSS 10-19 баллов

5. Объем ядра ишемии 31-50 мл для пациентов с возрастом < 80 лет и NIHSS > 20 баллов

Объемом зоны гипоперфузии считается объем ткани мозга с показателем $T_{\text{max}} > 6$ сек.

В случае проведения КТ-перфузии ядром ишемии считается зона с снижением показателя $rCBF < 30\%$ (в сравнении с контрлатеральной зоной).

В случае проведения МР-перфузии ядром ишемии считается зона с измеряемым коэффициентом диффузии (apparent diffusion coefficient) $< 620 \cdot 10^{-6} \text{ mm}^2/\text{s}$.

Объем потенциально жизнеспособной ткани мозга соответствует разнице между объемом зоны гипоперфузии и объемом ядра ишемии.

Расчет объемов перфузионных показателей проводится с применением программ обработки изображений.

**Список контактов для взаимодействия с ответственными лицами и службами
медицинских организаций, задействованными в оказании медицинской помощи
пациентам с экстренными ОНМК**

Медицинская организация	Ответственные должностные лица	Контакты
РСЦ ГБУЗ «Ресбольница № 1»	Руководитель РСЦ	8-39422-6-33-55
	Заведующий неврологическим отделением №1	8-39422-6-33-55
ГБУЗ РТ «Барум-Хемчикский ММЦ»	Заведующий	89235901667
ГБУЗ РТ «Республиканский центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф»	Начальник	+7 (39422) 2-32-22
ГБУЗ РТ «Кызылская ЦКБ»	Главный врач	9-14-56
ГБУЗ РТ «Бай-Тайгинская ЦКБ»	Главный врач	(39442) 2-13-95
ГБУЗ РТ «Монгун-Тайгинская ЦКБ»	Главный врач	(39451) 5-14-36
ГБУЗ РТ «Овюрская ЦКБ»	Главный врач	(39444) 2-13-09
ГБУЗ РТ «Сут-Хольская ЦКБ»	Главный врач	(39445) 2-12-83
ГБУЗ РТ «Дзун-Хемчикский ММЦ»	Главный врач	(39434) 2-10-12
ГБУЗ РТ «Чаа-Хольская ЦКБ»	Главный врач	(39443) 2-14-35
ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский ММЦ»	Главный врач	(39436) 2-11-75
ГБУЗ РТ «Чеди-Хольская ЦКБ»	Главный врач	(39452) 2-23-49
ГБУЗ РТ «Тандинская ЦКБ»	Главный врач	(39437) 2-13-32
ГБУЗ РТ «Пий-Хемская ЦКБ»	Главный врач	(39435) 2-13-10
ГБУЗ РТ «Каа-Хемская ЦКБ»	Главный врач	(39432) 2-22-93, 2-25-93
ГБУЗ РТ «Эрзинская ЦКБ»	Главный врач	(39439) 2-23-29
ГБУЗ РТ «Тес-Хемская ЦКБ»	Главный врач	(39438) 2-11-31
ГБУЗ РТ «Тоджинская ЦКБ»	Главный врач	(39450)3-94-50
ГБУЗ РТ «Тере-Хольская ЦКБ»	Главный врач	89963392732 89232611851

4.9. Регламент маршрутизации пациентов со стенотическим поражением

экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий на территории Республики Тыва

Перечень МО, проводящих выявление стенотического и/или окклюзионного поражения экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий методами скринингового УЗИ обследования и/или компьютерно-томографической ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий, оказывающих:

При выявлении стенотически-окклюзионного поражения брахиоцефальных артерий любого генеза показана плановая консультация сердечно-сосудистого хирурга с целью решения вопроса о необходимости оперативного вмешательства. Консультативная помощь оказывается в очной форме, заочной форме, в том числе с использованием телемедицинских технологий.

Таблица №31

Перечень медицинских организаций, проводящих выявление стенотического поражения экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий методами скринингового ультразвукового обследования и (или) компьютерно-томографической ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий на территории Республики Тыва

Медицинские организации, проводящие выявление стенотического поражения экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий методами скринингового ультразвукового обследования и (или) компьютерно-томографической ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий	
Оказывающие первичную медико-санитарную помощь	Оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях
Консультативно-диагностическая поликлиника ГБУЗ РТ «Ресбольница №1»	ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1»
ГБУЗ РТ «Республиканский консультативно-диагностический центр»	ПСО ГБУЗ РТ «Барум-Хемчикский ММЦ»
ГБУЗ РТ «Барум-Хемчикский ММЦ»	
ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский ММЦ»	
ГБУЗ РТ «Дзун-Хемчикский ММЦ»	
ГБУЗ РТ «Ресбольница № 2»	
ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Тыва»	

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

1. Обращение пациента к врачу-специалисту (участковый врач-терапевт, врач-невролог) по месту жительства.
2. Проведение скринингового ультразвукового обследования брахиоцефальных и церебральных артерий в медицинских организациях, указанных в Перечне 1 «Медицинские организации, проводящие выявления стенотического поражения экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий методами скринингового ультразвукового обследования и (или) компьютерно- томографической ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий на территории Республики Тыва».
3. При выявлении патологии-направление на консультацию к сосудистому хирургу и

нейрохирургу.

4. При наличии медицинских показаний направление пациента сосудистым хирургом на стационарное дообследование и лечение в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий (ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1»).

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

1. При направлении пациента на стационарное лечение, при необходимости проводится (повторяется) ультразвукового обследования брахиоцефальных и церебральных артерий с целью выявления (подтверждения) окклюзионно- стенотического поражения брахиоцефальных и церебральных артерий.

2. При необходимости проводится ангиография или компьютерно- томографическая ангиография брахиоцефальных и церебральных артерий.

3. При выявлении у пациентов, показаний к проведению оперативного вмешательства, вмешательство проводится оперативное лечение в кардиохирургическом и нейрохирургическом отделениях ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1».

4. При выявлении у пациентов, находящихся на стационарном лечении в медицинских организациях, не имеющих в своей структуре отделения, оказывающего специализированную медицинскую помощь, рекомендовано направление пациентов в ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1» по согласованию с заведующим отделением кардиохирургии (тел. 89835166046).

4.10. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов с врожденными и приобретенными пороками клапанов сердца.

Настоящий регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи пациентам с врожденными и приобретенными пороками клапанов сердца (далее – ВиППКС).

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

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

Таблица №32

Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях

Наименование МО	Фактический адрес	зоны ответственности	среднее время медицинской эвакуации с ВиППКС в зоне ответственности	профиль помощи (кардиология)
ГБУЗ РТ «Республиканская больница №1»	г. Кызыл, ул. Титова 88	Республики Тыва взрослое население 214606	120 минут	экстренная, неотложная, плановая кардиология

В ГБУЗ РТ «Ресбольнице №1» в структуре имеется кардиохирургическое отделение, без возможности выполнения операций протезирования/реконструкции, а также в структуре имеется отделение рентгенохирургических методов диагностики лечения, без возможности выполнения транскатетерного лечения клапанов сердца.

Схема взаимодействия МО в рамках лечения пациентов с ВиППКС

Схема взаимодействия медицинских организаций в рамках лечения пациентов с врождёнными и приобретёнными пороками сердца (ВиППКС).

Направление в отделение на госпитализацию осуществляется по направлению (форма 057/у-04) с приложением результатов ЭХОКГ. При необходимости в отделении выполняется повторная ЭХОКГ экспертного класса. По результатам исследования пациента приглашают на консультацию сердечно-сосудистого хирурга из кардиохирургического отделения через направление в МИС РМИАС-2.

Решение о дальнейшей тактике лечения принимается после обсуждения мультидисциплинарной командой и определения возможности и необходимости оперативного вмешательства. Формируется заключение врачебной комиссии (ВК) и протокольное решение о проведении высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) в федеральном центре (ФЦ). Направление осуществляется в НМИЦ им. Е.Н. Мешалкина и ФГБУ ФЦ ССХ МЗ РФ г. Красноярск.

Наблюдение пациентов с врождёнными и приобретёнными пороками сердца осуществляется врачами-кардиологами в ГБУЗ РТ «Республиканская больница №1» консультативно-диагностическая поликлиника, в ГБУЗ РТ «Республиканский консультативно-диагностический центр» и врачами-кардиологами по месту жительства. В медицинских организациях, где отсутствуют врачи-кардиологи, диспансерное наблюдение проводит врач-терапевт по рекомендациям кардиолога.

Показания к хирургическому лечению пациентов с аортальным стенозом

Показания к хирургическому лечению у пациентов с АС	
Симптомный тяжелый АС: 1. С высоким градиентом (≥ 40 мм.рт.ст. или $V_{max} \geq 4$ м/с). 2. С низким потоком/градиентом (< 40 мм.рт.ст.), сниженной ФВ ЛЖ и признаками, исключающими псевдотяжелый стеноз	Бессимптомный тяжелый АС: 1. С систолической дисфункцией (ФВ ЛЖ $< 50\%$), не связанной с другими причинами 2. При появлении симптомов, связанных с АС, при выполнении стресс-теста.
А также тяжелый АС при проведении коронарного шунтирования, хирургии восходящей аорты или других клапанов.	
Хирургическое лечение целесообразно:	
У симптомных пациентов с АС: и низким потоком/градиентом (≤ 40 мм ртст) и нормальной ФВ при подтверждении АС. и низким потоком/градиентом (≤ 40 мм ртст) и сниженной ФВ без резерва кровотока.	У бессимптомных пациентов: - с тяжелым АС и аномальным стресс-тестом со снижением АД. - тяжелым АС и нормальной ФВ ЛЖ, отсутствием симптомов и снижением АД при стресс-тест, низким хирургическим риском и одним из следующих признаков: – очень тяжелый АС, – тяжелая кальцификация клапана и скорость прогрессирования $V_{max} \geq 5,5$ м/с в год, – повышением BNP более 3 раз, систолическое давление в ЛА > 60 мм.рт.ст.
А также у пациентов с умеренным АС при проведении коронарного шунтирования, хирургии восходящей аорты или других клапанов.	

Показания для хирургического лечения у пациентов с аортальной недостаточностью

Показания к хирургическому лечению у пациентов АН
1. Симптомным пациентам с тяжелой аортальной регургитацией.
2. Бессимптомным пациентам с тяжелой аортальной регургитацией и ФВЛЖ $\leq 50\%$.
3. Пациентам с тяжелой аортальной регургитацией при проведении коронарного шунтирования, хирургии восходящей аорты и других клапанов.
4. Молодым пациентам с дилатацией корня аорты и трехстворчатым аортальным клапаном независимо от тяжести регургитации, если операция выполняется опытным хирургом.
5. Пациентам с синдромом Марфана с расширением восходящей аорты $\geq 50\%$ мм, независимо от тяжести регургитации.
Хирургическое лечение целесообразно
1. У бессимптомных пациентов с тяжелой аортальной регургитацией, ФВЛЖ $> 50\%$ и выраженной дилатацией ЛЖ (КДР ЛЖ > 70 мм, КСР ЛЖ > 50 мм).
2. При болезни аорты с диаметром восходящего отдела ≥ 45 мм при синдроме Марфана и дополнительными факторами риск, ≥ 50 мм при двустворчатом клапане с дополнительными факторами и коарктацией, ≥ 55 мм у других пациентов.
3. При размере восходящей аорты ≥ 45 мм, особенно при двустворчатом Ак

Показания для хирургического лечения у пациентов с митральным стенозом

Показания к хирургическому лечению у пациентов с МС	
А. Чрескожная митральная комиссуротомия показана симптомным пациентам со: 1) значительным митральным стенозом ($\leq 1,5$ см²) и отсутствием признаков неблагоприятного прогноза после комиссуротомии (клинические признаки: старческий возраст, анамнез комиссуротомии, NYHA IV, персистирующая фибрилляция предсердий, тяжелая легочная гипертензия; анатомические признаки: эхо-графическая шкала > Cormier 3, очень малая площадь митрального клапана, тяжелая трикуспидальная регургитация). 2) со значительным митральным стенозом с противопоказаниями к хирургии или высоким хирургическим риском.	Б. Хирургия митрального клапана показана симптомным пациентам со значительным митральным стенозом, не подходящим для чрескожной комиссуротомии.
Хирургическое лечение целесообразно	
Чрескожная митральная комиссуротомия может использоваться у асимптомных пациентов со: 1) значительным митральным стенозом и субоптимальной анатомией, но без клинических признаков неблагоприятного прогноза после комиссуротомии 2) значительным митральным стенозом и отсутствием признаков неблагоприятного прогноза после комиссуротомии в сочетании с высоким риском тромбоэмболий (анамнез эмболий, плотный спонтанный эхоконтраст в левом предсердии, новая или пароксизмальная фибрилляция предсердий) и/или высоким риском декомпенсации (систолическое давление в легочной артерии > 50 мм.рт.ст, необходимость большой несердечной хирургии, планируемая беременность).	

Показания для хирургического лечения у пациентов с митральной недостаточностью

Показания к хирургическому лечению у пациентов с МН	
При симптомной тяжелой первичной митральной регургитации с ФВЛЖ > 30%	При бессимптомной тяжелой первичной митральной регургитации с ФВЛЖ $\leq 60\%$ и/или конечным систолическим размером ЛЖ ≥ 45 мм
При хронической тяжелой вторичной митральной регургитации при проведении коронарного шунтирования и ФВЛЖ > 30%.	
Хирургическое лечение целесообразно	
При симптомной тяжелой первичной митральной регургитации с ФВЛЖ < 30% и/или КСР ЛЖ < 55мм, рефрактернаой к медикаментам, с высокой вероятностью успешной коррекции и низкой коморбидностью	При бессимптомной тяжелой первичной митральной регургитации с ФВЛЖ $\leq 60\%$ и/или КСР ЛЖ ЛЖ 50 мм.рт.ст.)
При симптомной хронической вторичной регургитации с ФВЛЖ	При бессимптомной тяжелой первичной митральной регургитацией с ФВЛЖ $\leq 60\%$ и/или КСР ЛЖ 40-44 мм, если возможна стойкая коррекция, низкий хирургический риск, при

	наличии подвижных створок ил ЛП $\geq$ 60 млмин/м2 при синусовом ритме
--	--

Показания для хирургического лечения у пациентов с трикуспидальным стенозом

Показания к хирургическому лечению у пациентов с ТС
Пациентам с тяжелой первичной трикуспидальной недостаточностью, которым выполняются операции клапанов левых камер сердца
Симптомным пациентам с тяжелой первичной трикуспидальной изолированной недостаточностью без выраженной дисфункции ПЖ
Хирургическое лечение целесообразно:
Пациентам с умеренной первичной ТН, которым выполняются операции на клапанах левых камер сердца
Асимптомным пациентам или пациентам с умеренной симптоматикой с тяжелой изолированной первичной ТН и прогрессирующей дилатацией или дисфункцией ПЖ

4.11. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов в кабинеты антикоагулянтной терапии

Настоящий регламент регулирует вопросы организации и функционирования сети кабинетов антикоагулянтной терапии (далее – АКТ). Стратегической целью организации сети кабинетов АКТ является повышение доступности, качества, безопасности и эффективности профилактики тромбоэмболических осложнений у пациентов с ССЗ.

Таблица №33

Перечень участвующих в маршрутизации пациентов в антикоагулянтный кабинет.

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зоны ответственности	Профиль помощи
ГБУЗ РТ «Республиканская больница №1»	г. Кызыл, ул. Ленина, 44 2 этаж кабинет 27	Республика Тыва	плановая кардиология

Антикоагулянтный кабинет интегрирован в работу кабинета хронической сердечной недостаточности на базе консультативно-диагностической поликлинике ГБУЗ РТ «Республиканская больница №1» по улице Ленина 44, 2 этаж, кабинет 27. Куда будут направляться пациенты с направлением по форме 057/у- 04.

Пациенты с ССЗ, требующие маршрутизации в кабинеты АКТ:

- пациенты, получающие варфарин
- пациенты, получающие прямые оральные антикоагулянты, имеющие геморрагические осложнения или повторные сосудистые события
- пациенты, получающие комбинированную антитромботическую терапию
- пациенты с неопределенными причинами тромбоэмболических осложнений, требующие верификации причин сосудистых событий (в координации с мультидисциплинарной командой врачей).

Обучение врача работы кабинета АКТ: дополнительное профессиональное образование – повышение квалификации по клиническим проблемам патологии гемостаза.

В целях обеспечения лабораторного сопровождения пациентов ССЗ, требующих

маршрутизацию в кабинет АКТ:

1. Для снижения риска осложнений, связанных с появлением кровотечений или образованием тромбов в экстренных случаях для измерения МНО в кабинете АКТ можно использовать портативный коагулометр» КоагуЧекИксЭплус, который уже имеется на балансе поликлиники. Он позволяет с высокой точностью определить МНО в течение нескольких минут, используя для анализа всего одну каплю крови, полученную из пальца.
2. Также имеется возможность использования имеющегося экспресс-анализатора иммунохимический «Кобас h232», позволяющий выполнять анализ миоглобина, СК-МВ, тропонина Т, D-димера (маркера тромбоза), NT pro BNP (маркера сердечной недостаточности).
3. Для исследования расширенной коагулограммы, оценки коагулопатий с определением факторов свертывания биоматериал рекомендуется маршрутизировать в ЦКДЛ ГБУЗ РТ «Ресбольница №1».
4. В настоящее время по договору биоматериал на разные виды исследования в ЦКДЛ привозят 16 медицинских организаций, в том числе 7 городских и 9 районных

Центр СПИД

ПТД

РБ №2

ПЦ

РДБ

РКДЦ

РПБ

Улуг-Хемская ММЦ

Барун-Хемчикский ММЦ

Кызылская ЦКБ

Каа-Хемская ЦКБ

Тандынская ЦКБ

Тоджинская ЦКБ

Чеди-Хольская ЦКБ

Тере-Хольская ЦКБ

Пий-Хемская ЦКБ

На базе ГБУЗ РТ «Республиканская больница №1» открыто структурное подразделение Централизованная клиничко-диагностическая лаборатория (ЦКДЛ) с 1 марта 2024 года, осуществляющее оказание специализированной медицинской помощи взрослому населению в условиях стационара (обеспечивающих круглосуточное лабораторное обеспечение) по оказанию экстренной медицинской помощи и в условиях консультативно-диагностической поликлиники, также для прочих медицинских организаций. Организация и оказание специализированной медицинской помощи основывается на принципах пациент-ориентированности. Взаимодействие с другими медицинскими организациями осуществляется в порядке, установленном условиями договора на выполнение лабораторных исследований и проведение сравнительных межлабораторных испытаний.

В лаборатории функционирует ЛИС «Ариадна» интегрированная с РМИАС, по которому результаты лабораторных исследований с автоматических анализаторов напрямую поступают на рабочий стол лечащего врача, назначившего исследование.

Обеспечение организационно-методического взаимодействия и передачи данных о пациентах в другие МО республики.

4.12. Регламент маршрутизации пациентов с нарушением липидного обмена

Настоящий регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи пациентам с нарушением липидного обмена. Для целей настоящего регламента к нарушениям липидного обмена относятся состояния, соответствующие кодам E78.0-E78.6, E78.8-E78.9 международной

классификации болезней десятого пересмотра.

Таблица №34

Перечень участвующих в маршрутизации пациентов с нарушениями липидного обмена структурных подразделений МО с указанием их статуса.

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зоны ответственности	Профиль помощи (кардиология/ неврология/ ССХ)
ГБУЗ РТ «Ресбольница №1»	г. Кызыл, ул. Ленина, 44 2 этаж кабинет 27	Республика Тыва	Экстренная, неотложная, плановая кардиология Экстренная, неотложная, плановая неврология Экстренная, неотложная, плановая ССХ

Обеспечение работы липидного кабинета осуществляется врачом-кардиологом.

Алгоритм направления пациентов с нарушением липидного обмена:

- 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
- 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) ССЗ атеросклеротического генеза (ишемическая болезнь сердца, в том числе перенесенный инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, атеросклеротическое заболевание брахиоцефальных/ периферических артерий со значимым стенозированием сосудов)
- ранний персональный анамнез (до 40 лет) ССЗ атеросклеротического генеза
- 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.

Список контактов для взаимодействия с ответственными лицами и службами МО, задействованных в оказании медицинской помощи пациентам с нарушениями липидного обмена: Заместитель главного врача по организационно-методической работе Кужугет А.С ГБУЗ РТ «Ресбольница №1», ГВС по кардиологии Монгуш А.Ч. - ГБУЗ «Ресбольница №1»; Заместитель главного врача по поликлинической работе ГБУЗ РТ «Ресбольница №1», врач липидного кабинета КДП ГБУЗ РТ «Ресбольница №1».

Алгоритм диагностики и оказания помощи пациентам с нарушениями липидного обмена с осуществляется по месту жительства после консультации с липидным кабинетом.

Реализация программы по получению льготных лекарственных препаратов с учетом действующей системы льгот осуществляется на базе КДП ГБУЗ «Ресбольницы №1» на основании ТМК с Федеральными центрами, проведения ВК, заключения, направляемого в лекарственный отдел МЗ РТ. Обеспечение организационно-методического взаимодействия и передачи данных о пациентах в другие МО республики.

4.13. Регламент телемедицинских консультаций пациентам с ССЗ

Настоящий регламент регулирует вопросы проведения ТМК пациентам с ССЗ (далее –

Регламент ТМК), в случае если данные вопросы недостаточно регламентированы в иных региональных нормативно-правовых актах. Региональный регламент формируется на основании и в соответствии с Приказом № 193н (вступает в силу с 01.09.2025 года) и Приказом № 965н (утрачивает силу 01.09.2025).

ПОРЯДОК

проведения плановых телемедицинских консультаций

1. Общие положения

1.1 Настоящий Порядок регулирует взаимодействие медицинских организаций по вопросам проведения плановых телемедицинских консультаций (далее - ТМК) и включает:

порядок проведения плановых ТМК при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой (в режиме врач-врач), в том числе по результатам обследования пациента после очного первичного приёма специалиста; порядок проведения плановых ТМК при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями (в режиме врач-пациент).

1.2. Медицинская помощь с применением ТМК оказывается с учетом порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи и учитывается как 1 посещение в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи.

1.3. Медицинскими организациями консультантами являются медицинские организации II-III уровня (далее медицинская организация).

1.4. Медицинская организация - оказывает медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий по видам работ (услуг), указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности.

1.5. Консультации (консилиумы врачей) при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий проводятся в режиме реального времени и (или) в виде отложенных консультаций.

1.6. ТМК оказывается при условии обязательного соблюдения требований, установленных законодательством Российской Федерации, в области защиты персональных данных и соблюдения врачебной тайны. При проведении консультации в режиме врач-пациент обязательным условием является оформление информированного добровольного согласия на проведение ТМК (приложение 1 к настоящему Порядку) и согласия пациента (его законного представителя) на обработку персональных данных.

1.7. По результатам проведения ТМК врач-консультант оформляет медицинское заключение протокол телемедицинской консультации (приложение 2 к настоящему Порядку).

2. Порядок проведения плановых ТМК при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой (в режиме врач-врач)

2.1. Целью проведения ТМК при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой является получение:

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

2.2. Лечащий врач при необходимости проведения ТМК заполняет заявку содержащую результаты обследования согласно рекомендованному минимуму обследования пациента для проведения ТМК по отдельным профилям, утвержденному методическими рекомендациями, и размещает в РМИАС-2 (раздел «ТМК») скан-копии медицинских документов и заявки (в формате

jpeg, dicom, tif) в срок (не позднее) 3 рабочих дней с момента принятия решения о проведении ТМК.

2.3. Врач-консультант, рассматривает заявку в течении 1 рабочего дня с момента размещения документов и по результатам рассмотрения: назначает дату проведения ТМК; назначает дату очной консультации без проведения ТМК; назначает дату госпитализации без проведения ТМК; направляет заявку на доработку для повторной подачи с указанием замечаний для исправления в случаях:

отсутствия результатов обследования в соответствии с рекомендованным минимумом обследования для проведения ТМК; непредоставления (предоставления неполных и/или неверных) сведений о пациенте, предусмотренных формой заявки на проведение ТМК, определенной настоящим Порядком;

2.4. По результатам проведения консультации (консилиума врачей) врач-консультант (врачи - участники консилиума) оформляет медицинское заключение (протокол консилиума врачей).

2.5. В случае проведения консилиума врачей протокол консилиума врачей подписывается всеми участниками консилиума.

2.6. Протокол распечатывается из РМИАС-2 и вклеивается в медицинскую карту амбулаторного или стационарного пациента лечащим врачом (врачом-специалистом) медицинской организации I-II уровня, ответственным за организацию ТМК.

2.7. Проведение плановых ТМК по результатам обследования пациента после очного первичного приёма специалиста.

2.7.1 После первичного приёма пациента и проведенного дополнительного обследования в зависимости от клинической ситуации врач-консультант медицинской организации II-III уровня, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь, при необходимости проводит повторную консультацию в виде ТМК в сроки, не превышающие сроки ожидания медицинской помощи, установленные Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

2.7.2 Целью проведения ТМК является оценка состояния здоровья пациента, постановка или уточнение диагноза по результатам обследования после первичного приема, выдача рекомендаций по лечению и динамичному наблюдению за состоянием пациента.

2.7.3 В назначенное для ТМК время по результатам проведенных обследований врач-консультант, в отсутствие пациента проводит анализ полученных результатов, оформляет медицинское заключение, обеспечивает дистанционный доступ лечащего врача (врача-специалиста) направившей медицинской организации к соответствующим данным (результатам обследований и медицинскому заключению), в том числе путем размещения на информационном ресурсе, посредством которого осуществляется консультация.

3. Порядок проведения плановых ТМК при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями (в режиме врач-пациент)

3.1. Участниками консультаций являются врач, пациент и (или) его законный представитель.

3.2. Консультирующая медицинская организация, а также организация, являющаяся оператором иных информационных систем, предоставляют пациенту и (или) его законному представителю в доступной форме, в том числе посредством размещения в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», информацию в соответствии с п. 46 Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2017 № 965н.

3.3. Результатом консультации является медицинское заключение или при условии предварительного установления диагноза на очном приеме

(осмотре, консультации) по данному обращению, - соответствующая запись о корректировке ранее назначенного лечения в медицинской документации пациента лечащим врачом, в том числе формирование рецепта на лекарственный препарат в форме электронного

документа, назначение необходимых дополнительных обследований, выдача справки (медицинского заключения) в форме электронного документа.

3.4. 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 в случае принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

Информация, указанная в пунктах 3.3, 3.4 настоящего Порядка, направляется в электронном виде пациенту и (или) его законному представителю, либо обеспечивается дистанционный доступ к соответствующим данным, в том числе путем ее размещения на информационном ресурсе, посредством которого осуществляется консультация, в течение 1 рабочего дня с момента проведения.

Таблица №35

ПРОТОКОЛ телемедицинской консультации

1.	Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента
2.	Дата рождения пациента
3.	Анамнез заболевания пациента
4.	Анамнез жизни пациента
5.	Перенесенные и хронические заболевания
6.	Данные физикального обследования (антропометрические данные, температура, пульс, частота дыхания, частота сердечных сокращений, артериальное давление, сатурация крови, другое)
7.	Диагноз основной
8.	Диагноз сопутствующий, осложнения
9.	Результаты лабораторных исследований пациента с указанием даты проведения исследований
10.	Результаты инструментальных исследований пациента с указанием даты проведения исследований
11.	Данные консультаций пациента врачами-специалистами медицинской организации
12.	Проводимое лечение
13.	Информация о выполнении рекомендаций краевой медицинской организации 3 уровня (при повторной телемедицинской консультации)
14.	Список присоединенных файлов (обязательно наличие сканкопии информированного добровольного согласия пациента на проведение телемедицинской консультации)
15.	Заключение по результатам телемедицинской консультации
16.	Рекомендации по лекарственной терапии

фамилия, имя, отчество (при наличии),
должность, место работы
(подпись) (дата) врача – консультанта

ЗАЯВКА на проведение телемедицинской консультации

1.	Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента
2.	Дата рождения пациента
3.	Анамнез заболевания пациента
4.	Анамнез жизни пациента
5.	Перенесенные и хронические заболевания
6.	Данные физикального обследования (антропометрические данные, температура, пульс, частота дыхания, частота сердечных сокращений, артериальное давление, сатурация крови, другое)
7.	Диагноз основной
8.	Диагноз сопутствующий, осложнения
9.	Результаты лабораторных исследований пациента с указанием даты проведения исследований
10.	Результаты инструментальных исследований пациента с указанием даты проведения исследований
11.	Данные консультаций пациента врачами-специалистами медицинской организации
12.	Проводимое лечение
13.	Информация о выполнении рекомендаций врача-специалиста медицинской организации 3 уровня (при повторной телемедицинской консультации)

фамилия, имя, отчество (при наличии),
 должность, место работы сотрудника,
 ответственного за организацию (подпись) (дата) телемедицинской консультации

V. Создание региональной системы оперативного мониторинга выполнения регламентов маршрутизации.

Настоящий Раздел описывает подходы к формированию региональных структур, ответственных за сбор, хранение и анализ информации по эффективности реализации единой системы маршрутизации пациентов с ССЗ на всех этапах. Данные структуры контролируют эффективность работы всех участников процесса оказания медицинской помощи пациентам с БСК.

1. Для оценки эффективности и совершенствования действующей системы маршрутизации пациентов с ССЗ в Республик Тыва сформирована система сбора и хранения информации.
2. В системе интегрирования информация из следующих источников:
 - Региональных сегментов Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.
 - Федеральных и региональных регистров.
 - Данных территориальных и федеральных фондов обязательного медицинского здравоохранения.
 - Данных автоматизированной системы мониторинга медицинской статистики.
 - Федеральных форм статистического наблюдения.
 - Систем сбора и анализа информации в рамках Федеральных инцидентов.
3. С целью формирования системы оперативного мониторинга, анализа и реагирования созданы специализированные структуры – Центр мониторинга (центров управления

рисками) ССЗ (далее - Центр).

4. Центр организован на базе регионального сосудистого центра ГБУЗ РТ «Республиканская больница №1», оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь при БСК, и осуществляют свою деятельность во взаимодействии с МО на территории Республики Тыва и курирующими Национальными медицинскими исследовательскими центрами по профилям.
5. Центр создан с целью осуществления организационно-методической деятельности по вопросам совершенствования медицинской помощи при ССЗ, консультативной поддержки медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь пациентам с ССЗ, в том числе с использованием телемедицинских технологий, анализа качества медицинской помощи пациентам с ССЗ и координации мероприятий, направленных на профилактику развития и прогрессирования ССЗ, осуществляемых МО на территории Республики Тыва.
6. Функциональными задачами Центров в рамках развития помощи пациентам с ССЗ являются:
 - Организация работы главных внештатных медицинских специалистов Республики Тыва их взаимодействия с главными внештатными медицинскими специалистами федеральных округов и Министерства здравоохранения Российской Федерации;
 - Анализ и оценка организации оказания медицинской помощи в Республике Тыва с выработкой рекомендаций МО, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Тыва, по совершенствованию оказания медицинской помощи в Республике Тыва, достижению ключевых показателей деятельности и мониторингом выполнения указанных рекомендаций и реализации мер;
 - Разработка и внедрение мероприятий, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи, снижение показателей заболеваемости, смертности, больничной летальности и инвалидности в Республике Тыва;
 - Определение подходов и возможности применения в МО, расположенных на территории Республики Тыва, современных методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, используемых в мировой и отечественной медицинской практике;
 - Методическое сопровождение внедрения и развития медицинских информационных систем в МО, расположенных на территории Республики Тыва;
 - Оказание консультативной и организационно-методической помощи врачам МО, расположенных на территории Республики Тыва, по вопросам профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации пациентов, в том числе путем проведения консультаций с применением телемедицинских технологий медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь, и (или) участия в консилиуме врачей, в том числе с применением телемедицинских технологий;
 - Обеспечение ведения и консультаций пациентов с тяжелыми формами заболеваний;
 - Обеспечение преемственности и координацию деятельности МО, расположенных на территории Республики Тыва, по вопросам оказания медицинской помощи, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;
 - Сбор, обобщение и анализ качественных и количественных показателей оказания медицинской помощи, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения на территории Республик Тыва, в том числе с

представлением данной информации с помощью информационно-аналитических систем с возможностью формирования отдельных дашбордов по показателям деятельности;

- Фактическое содержание дашбордов должно учитывать возможные пути пациентов при отдельных ССЗ и формироваться индивидуально с учетом действующих региональных целевых значений показателей, региональных особенностей маршрутизации, а также особенностей работы отдельных МО, входящих в систему оказания медицинской помощи пациентам с ССЗ;
 - Реализация мероприятий, направленных на профилактику ССЗ и формирование здорового образа жизни, включая повышение охвата населения профилактическими осмотрами и диспансеризацией, пропаганды здорового образа жизни медицинскими работниками, повышение охвата профилактическим консультированием с целью ранней и наиболее полной коррекции выявленных поведенческих и биологических факторов риска;
 - Изучение, обобщение и анализ опыта работы МО, расположенных на территории Республики Тыва, а также формирование предложений по его улучшению;
 - Координация организационно-методической работы в МО, расположенных на территории Республики Тыва.
7. Центр координирует работу в рамках развития помощи пациентам с ССЗ на уровне Республики Тыва.
 8. Представление и обсуждение данных проводится на регулярной основе с последующим формированием комплексных мер, направленных на улучшение медицинской помощи пациентам с ССЗ в Республике Тыва.