



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТЫВА  
(Минздрав РТ)**

**П Р И К А З**

**от** 11.07.2022  
**№** 908пр/22

**г. Кызыл**

**О внедрении**

**Порядка оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом на территории Республики Тыва**

В целях совершенствования оказания специализированной кардиологической помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями Республики Тыва, в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 918н «О порядке оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внедрить Порядок оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС) на догоспитальном этапе госпитализации.

2. Утвердить прилагаемые:

2.1. маршрутизацию пациентов для оказания специализированной, в том числе, высокотехнологичной, медицинской помощи с острым коронарным синдромом в стационарных условиях;

2.2. территориальное прикрепление взрослого населения для оказания медицинской помощи с применением чрескожных коронарных вмешательств (в ЧКВ-центрах);

2.3. алгоритм действий при выявлении больного с острым коронарным синдромом (нестабильная стенокардией, инфарктом миокарда);

2.4. чек-лист тромболитической терапии при ОКС с подъемом ST;

2.5. чек лист лечебных мероприятий на догоспитальном этапе пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС);

2.6. стратификацию риска при ОКС без подъема сегмента ST;

2.7. инструкцию по маршрутизации больных в медицинские организации Республики Тыва для проведения медицинской реабилитации на стационарном и амбулаторном этапах.

3. Главным врачам медицинских организаций Республики Тыва:

3.1. организовать работу соответствующих структурных подразделений в соответствии с утвержденным Алгоритмом;

3.2. обеспечить оперативное взаимодействие с руководителем Регионального сосудистого центра на базе ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1» по вопросам организации оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом.

4. Главному врачу ГБУЗ РТ «Республиканский центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф» (Сарыглар Ш.А.) обеспечить оказание медицинской помощи и медицинской эвакуации (транспортировку) больных в городе Кызыле и на территории Республики Тыва в соответствии с утвержденными стандартами скорой медицинской помощи и утвержденным Алгоритмом.

5. Руководителю Регионального сосудистого центра на базе ГБУЗ РТ «Республиканской больницы № 1» обеспечить:

5.1. взаимодействие с медицинскими организациями по вопросам оказания медицинской помощи больным с ОКС;

5.2. организационно-методическое руководство медицинским организациям, обеспечивающим лечебно-профилактическую деятельность.

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

7. Отделу организационно-правового обеспечения и контроля Министерства здравоохранения Республики Тыва направить копию настоящего приказа подведомственные Министерству здравоохранения Республики Тыва медицинские организации.

Министр



Югай А.К.

**Порядок  
оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным  
синдромом (ОКС) на догоспитальном этапе госпитализации**

1. При подозрении на ОКС, бригадой СМП ЭКГ должно быть проведено в течении 5 минут от момента прибытия на вызов. Время регистрации и интерпретации ЭКГ считается первым медицинским контактом - ПМК.
2. При подозрении на ОКС осуществляется передача ЭКГ с использованием средств дистанционной передачи ЭКГ по телефону: 89293177849.
3. В зависимости от выявленных изменений (наличии/отсутствии подъема сегмента ST на ЭКГ) определяется дальнейшая маршрутизация пациента согласно территориальному прикреплению взрослого населения (п. 2.2. приказа). Врач дистанционного ЭКГ информирует врача кардиолога о предстоящей госпитализации пациента.
4. Из ФАПов, участковых больниц, врачебных амбулаторий, офисов ОВП пациенты с подозрением на ОКС доставляются на санитарном автотранспорте в ЦКБ либо ММЦ для определения дальнейшей тактики ведения. В ММЦ либо ЦКБ проводится консультация кардиологом РСЦ тел: 8(39422) 3-78-88).
5. Транспортировка в ПСО ГБУЗ РТ «Барун-Хемчикский ММЦ» из Барун-Хемчикского, Дзун-Хемчикского, Сут-Хольского, Овюрского, Монгун-Тайгинского и Бай-Тайгинского кожуунов из населенных пунктов с 1-часовой доступностью, а так же в случае невозможности эвакуации больного воздушным транспортом осуществляется на санитарном автотранспортом класса В или С ЦКБ, немедленно, после выявления ОКС в сопровождении врача. Перед госпитализацией врач (фельдшер) бригады СМП сообщает сам или через диспетчера отделения ЕДЦ о больном в экстренный приемный покой ПСО (телефон: 8(39433) 2-12-05 и определяет примерное время транспортировки больного.
6. При оказании медицинской помощи пациентам с ОКС осуществляется в соответствии с алгоритмом действий при выявлении больного с острым коронарным синдромом (нестабильная стенокардией, инфарктом миокарда) (п. 2.3. приказа).
7. В случае если временный интервал от ПМК до момента госпитализации пациента с ОКС с подъемом ST составляет менее 90 минут, пациента необходимо госпитализировать в ЧКВ - центр (ЧКВц) по адресу: г. Кызыл, ул. Оюна Курседи 163, Региональный сосудистый центр, кардиологическое отделение № 1, тромболитическую терапию при этом проводить не следует (п. 2.3. приказа).

8. В случае временного интервала от ПМК до госпитализации 90-120 минут, пациенту с ОКС с подъемом ST должна быть проведена тромболитическая терапия в соответствии с протоколом тромболитической терапии при ОКС с подъемом ST (п. 2.4. приказа) с последующей госпитализацией в ЧКВц. Тромболитическая терапия должна быть начата в максимально короткий срок (около 30 минут от момента ПМК).
9. У пациентов с ОКС без подъема сегмента ST и признаками очень высокого риска неблагоприятного исхода рекомендуется проведение коронарографии с намерениями выполнить реваскуляризацию миокарда в первые 2 часа после госпитализации с целью снижения риска рецидива ишемии миокарда и улучшение прогноза. Вести в ЧКВ-ц (п. 2.6. приказа)
10. У пациента с ОКС без подъема сегмента ST и признаками высокого риска неблагоприятного исхода рекомендуется проведение коронарографии с намерением выполнить реваскуляризацию миокарда в первые 24 часа (п. 2.6. приказа);
11. Все бригады СМП должны знать алгоритмы введения пациентов с ОКС, помощь и госпитализация должна осуществляться первой бригадой СМП, без передачи вызовов специализированной бригаде (п. 2.3. приказа, п. 2.5. приказа).
12. Всем пациентам с ОКС при отсутствии противопоказаний на догоспитальном этапе необходимо провести двойную дезагрегантную терапию в соответствии со стандартом скорой медицинской помощи при остром инфаркте миокарда, утвержденным приказом Минздрава России от 15.06.2016 № 457н.
13. Обезболивание пациентов с ОКС проводить согласно стандарту скорой медицинской помощи при остром инфаркте миокарда, утвержденному приказом Минздрава России от 05.06.2016 № 457н.
14. Маршрутизация пациентов для оказания специализированной, в том числе, высокотехнологичной, медицинской помощи с острым коронарным синдромом в стационарных условиях и в условиях Ковид 19 (п. 2.1. приказа).
15. После проведенного стационарного лечения больные с ОКС, согласно маршрутизации, проходят этапы реабилитационного лечения (п. 2.7. приказа)

## **Маршрутизация пациентов для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с острым коронарным синдромом в стационарных условиях**

I этап – Межкожуунные медицинские центры (ММЦ), центральные кожунные больницы (ЦКБ).

### Тактика при выявлении больных с ОКС:

Обслуживание при поступлении звонка от пациента (из дому) находящегося вне медицинской организации и при самообращении больного в ФАП, участковую больницу, врачебную амбулаторию, офис ОВП.

Каналы связи:

1 канал - Звонок к диспетчеру СМП. Задача диспетчера: выявить признаки ОКС. Время на принятие решения – **до 5 минут**.

Решение принимает диспетчер СМП о незамедлительном направлении врачебной (фельдшерской) бригады.

Время для направления специализированной (при наличии) либо обычной бригады скорой медицинской помощи – в течение **3 минут**.

Время до прибытия бригады СМП к больному от **15 до 60 минут** в зависимости от отдаленности населенных пунктов от станции СМП.

Первый контакт пациента с подозрением на ОКС с медицинским персоналом обозначается термином первичный медицинский контакт (ПМК). ПМК может осуществляться бригадой СМП, врачами стационара с возможностью проведения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ-ц) или врачами стационара без возможности проведения чрескожного коронарного вмешательства (не ЧКВ-ц). Время от момента ПМК до постановки диагноза ОКС в каждом случае не должно превышать **10 минут**. Это время необходимо для регистрации и интерпретации электрокардиограммы (ЭКГ) при необходимости отправка дистанционного ЭКГ и консультация кардиолога РСЦ через консультативно – диагностический центр тел: 8(39422) 3-78-88). Скорая медицинская помощь, больным с ОКС, оказывается фельдшерами и/или врачами бригад скорой медицинской помощи, которые обеспечивают проведение мероприятий по устранению угрожающих жизни состояний, в том числе с проведением при наличии медицинских показаний тромболизиса.

После постановки предварительного диагноза необходимо выбрать, метод реперфузии (выбор реперфузионной стратегии): первичное чрескожное коронарное вмешательство (пЧКВ) или тромболитическая терапия (ТЛТ) для больных

с ОКСпСТ.

Персонал СМП или не ЧКВ-ц рассчитывает, что время от момента постановки диагноза до проведения проводника в инфаркт – связанную артерию (ИСА), то есть до пЧКВ-ц превысить **120 минут**, и от начала симптомов прошло не более 12 часов, пациенту показано проведение тромболитической терапии для больных с ОКСпСТ.

При достоверных признаках ОКС с подъемом ST проведение внутривенной тромболитической терапии должно быть начато как можно раньше (**в первые 10 минут от ПМК – первого медицинского контакта**) на дому либо в машине скорой медицинской помощи.

Если персонал СМП или не ЧКВ-ц рассчитывает, что время от момента постановки диагноза ОКСпСТ до проведения проводника в инфаркт -связанную артерию (ИСА) **не должно превышать 120 минут**, следует выбрать тактику пЧКВ и не проводить ТЛТ. Этот временный отрезок включает время транспортировки (**не более 60 минут**) и время от постановки/подтверждения диагноза в ЧКВ-ц до проведения проводника в инфаркт -связанную артерию (ИСА) (не более 60 минут).

Из ФАПов, участковых больниц, врачебных амбулаторий, офисов ОВП пациенты с подозрением на ОКС доставляются на санитарном автотранспорте в ЦКБ либо ММЦ для определения дальнейшей тактики ведения. В ММЦ либо ЦКБ проводится консультация кардиологом РСЦ по тел: 8(39422) 3-78-88).

При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация больного.

При маршрутизации пациентов с ОКС необходимо учитывать имеющиеся региональные особенности (доступные возможности проведения реперфузионной терапии, дополнительный коечный фонд, возможности амбулаторного наблюдения в случае ранней выписки), текущую эпидемиологическую ситуацию и её прогнозируемую динамику.

Информирование населения о необходимости своевременного обращения за медицинской помощью при появлении болей в грудной клетке и других симптомов ОКС имеет особую важность в условиях эпидемии и карантинных мероприятий, когда доля пациентов, обратившихся за помощью в поздние сроки заболевания, увеличивается.

При невозможности транспортировки пациента силами ЦКБ или ММЦ в связи с удаленностью населенного пункта от РСЦ, отсутствием специализированного санитарного транспорта, специалистов соответствующего профиля или отсутствием транспортного сообщения, осуществляется передача сообщения диспетчером СМП, лечащим или дежурным врачом на 2-й канал связи – отделение экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации ГБУЗ РТ «Республиканского центра скорой медицинской помощи и медицины катастроф» (тел. 8 (39422) 2-32-22) с целью решения вопроса о вызове бригады для оказания экстренной и/или неотложной помощи в условиях непрофильной медицинской организации I уровня – ММЦ, ЦКБ для определения дальнейшей тактики ведения. Во время ожидания бригады предпринимаются все необходимые меры по оказанию экстренной и неотложной медицинской помощи после

телефонной консультации со специалистами РСЦ.

Время обработки вызова диспетчером отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации ГБУЗ РТ «Республиканского центра скорой медицинской помощи и медицины катастроф» – **3 минуты**. Направление специализированной бригады **до 30 минут**. Время прибытия бригады, в зависимости от отдаленности, труднодоступности, вида транспорта и погодных условий **от 3-х часов до 3 суток**.

По прибытию врачебной бригады осмотр, проведение ЭКГ (при необходимости отправка дистанционного ЭКГ и консультация кардиолога РСЦ), определение тактики ведения (проведение системного тромболитика, адекватного обезболивания, коррекция лечения и т.д.). Принятие решения о транспортировке больного в специализированное отделение (РСЦ). Сроки принятия решения до 1 суток в зависимости от состояния больного. Обеспечить в указанный период проведение основных лечебных мероприятий до стабилизации состояния больного и произвести его транспортировку при отсутствии абсолютных противопоказаний.

Перед госпитализацией врач (фельдшер) бригады сообщает сам или через диспетчера подстанции СМП о больном в экстренный приемный покой РСЦ ГБУЗ «Ресбольница №1» (телефон: 8(39422)6-40-00) и определяет примерное время транспортировки больного.

Транспортировка в ПСО ГБУЗ РТ «Барун-Хемчикский ММЦ» из Барун-Хемчикского, Дзун-Хемчикского, Сут-Хольского, Овюрского, Монгун-Тайгинского и Бай-Тайгинского кожуунов из населенных пунктов с 1-часовой доступностью, а так же в случае невозможности эвакуации больного воздушным транспортом осуществляется на санитарном автотранспорте класса «В» или «С» ЦКБ, немедленно, после выявления ОКС в сопровождении врача. Перед госпитализацией врач (фельдшер) бригады СМП сообщает сам или через диспетчера отделения ЕДЦ о больном в экстренный приемный покой ПСО по тел: 8(39433) 2-12-05 и определяет примерное время транспортировки больного.

При принятии решения о транспортировке больного в РСЦ необходимо оформление в обязательном порядке согласия больного на транспортировку.

При нарушении сознания и невозможности волеизъявления самим пациентом решение о транспортировке принимается врачебной комиссией медицинской организации или консилиумом врачей.

II этап. Первичное сосудистое отделение (далее ПСО).

Место нахождения – первичное сосудистое отделение ГБУЗ РТ «Барун-Хемчикский ММЦ», по адресу: г. Ак-Довурак, ул. Центральная д.18, главный корпус, 1 этаж. Телефон рабочий: 89235901667

Каналы связи (круглосуточно)– радиосвязь (сотовая) между бригадами СМП и диспетчером экстренного приемного покоя ГБУЗ РТ «Барун-Хемчикский ММЦ» (тел: 2-12-05), сотовая связь с врачами ПСО (тел. 8-923-590-16-67).

После прибытия бригады СМП транспортировка пациента осуществляется, минуя приемный покой больницы, в противошоковую палату, а при стабильной гемодинамике транспортировка в ПРИТ кардиологического отделения ПСО.

При достоверных признаках ОКС с подъемом ST, если ТЛТ не было проведено догоспитально, проведение внутривенной тромболитической терапии (с учетом показаний и противопоказаний при невозможности доставки больного в РСЦ в течение 12 часов после возникновения симптомов для проведения ЧКВ). Все пациенты с ОКС с подъемом ST переводятся в РСЦ ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1». Время перевода и сроки согласовываются с РСЦ. Переводу не подлежат пациенты в тяжелом состоянии, требующих оказания неотложных медицинских мероприятий. В дальнейшем их перевод осуществляется после стабилизации состояния.

Пациентов с ОКС без подъема сегмента ST с развитием острого инфаркта миокарда или нестабильной стенокардией транспортируют в РСЦ при наличии мест в РСЦ.

Медицинская помощь больным с ОКС оказывается на основе стандартов и порядка оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций.

III этап - Региональный сосудистый центр (далее - РСЦ) ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1».

Место нахождения регионального сосудистого центра – ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1», по адресу: г. Кызыл, ул. Оюна Курседи, 163, главный корпус, 3 этаж.

Каналы связи (круглосуточно) – радиосвязь между станцией СМП и диспетчером экстренного приемного покоя (тел.8 (39422) 6-40-00, консультативно – диагностическим центром ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1» (тел 8 (39422) 3-78-88), сотовая связь с врачами кардиологами РСЦ, телефонная связь с кардиологическим отделением № 1 (8 (39422) 6-40-02).

Дежурной медсестрой приемного покоя больницы (РСЦ) параллельно передается сообщение врачу по рентгенэндоваскулярным методам диагностики и лечения, а также дежурному кардиологу. Врач по рентгенэндоваскулярным методам диагностики и лечения обеспечивает готовность к проведению лечебно-диагностических мероприятий. Также оповещаются задействованные структурные подразделения больницы (КДЛ, РДО, ОФД и др.).

В учреждениях на уровне приёмных отделений необходимо организовать оценку поступающих пациентов с ОКС, более детальную у пациентов в стабильном состоянии.

После прибытия бригады СМП транспортировка пациента с ОКС с подъемом ST осуществляется минуя приемный покой больницы в противошоковую палату, а при стабильной гемодинамике транспортировка в кабинет рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения или ПРИТ кардиологического отделения № 1 РСЦ. Время транспортировки больного в кабинет рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения не должно превышать 20 минут.

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



Специализированная медицинская помощь больным в РСЦ оказывается в стационарных условиях при доставлении больного бригадой скорой медицинской помощи, а также при самостоятельном обращении больного в медицинскую организацию.

Рентгенэндоваскулярные вмешательства (первичное чрескожное вмешательство) при неосложненном течении ОКС выполняется в первые 12 часов от начала течения заболевания. При осложненном течении острого коронарного синдрома сроки рентгенэндоваскулярных вмешательств могут быть продлены. После тромболитической терапии рентгенэндоваскулярное вмешательство может быть выполнено в период до 24 часов от начала течения заболевания.

Медицинская помощь больным с ОКС оказывается на основе стандартов и порядка оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, утвержденных в установленном порядке.

После окончания лечения пациент направляется для дальнейшей реабилитации в: кардиологическое отделение № 2 ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1» или реабилитационные отделения поликлиник по месту жительства.

## **1. Возможные пути наземной транспортировки:**

- 1.1. Бригада СМП, производящая транспортировку больного с ОКС из г. Кызыла в РСЦ ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1», предварительно устно оповещает о транспортировке больного с указанием приблизительного времени поступления в экстренный приемный покой РСЦ ГБУЗ «Ресбольница № 1» (телефон: (39422) 6-40-00).
- 1.2. Бригада СМП, производящая транспортировку больного с ОКС из г. Ак-Довурака или с. Кызыл-Мажалык в ПСО, предварительно устно оповещает о транспортировке больного с указанием приблизительного времени поступления в экстренный приемный покой ПСО (телефон: 2-12-05), приложение-2.
- 1.3. Транспортировка в РСЦ из Кызылского кожууна с 1-часовой доступностью, осуществляется на медицинском транспорте СМП, немедленно, после выявления ОКС. Перед госпитализацией врач (фельдшер) бригады СМП сообщает сам или через диспетчера станции СМП о больном в экстренный приемный покой РСЦ ГБУЗ «Ресбольница №1» (телефон: 8(39422)6-40-00) и определяет примерное время транспортировки больного (приложение-1, приложение-2).
- 1.4. Транспортировка в ПСО из Барун-Хемчикского, Дзун-Хемчикского, Сут-Хольского, Овюрского, Монгун-Тайгинского и Бай-Тайгинского кожуунов из населенных пунктов с 1-часовой доступностью осуществляется на медицинском транспорте ЦКБ, немедленно, после выявления ОКС (приложение-2). Перед госпитализацией врач

(фельдшер) бригады СМП сообщает сам или через диспетчера отделения ЕДЦ о больном в экстренный приемный покой ПСО (телефон: 8(39433) 2-15-05) и определяет примерное время транспортировки больного.

## **2. Возможные пути воздушной транспортировки:**

2.1. Транспортировка пациента из ЦКБ/ММЦ в РСЦ ГБУЗ «Ресбольница № 1» (Расстояние и среднее время в пути-приложение 1):

- всех больных с ОКС с подъемом сегмента ST (или впервые выявленной блокадой левой ножки пучка Гиса) независимо от эффективности ТЛТ. В некоторых случаях транспортировка данной группы больных возможна в более поздние сроки (более 24 часов) в зависимости от тяжести состояния, погодных условий.

- больных с ОКС без подъема сегмента ST с развитием острого инфаркта миокарда или нестабильной стенокардией выполняют транспортировку при наличии мест в РСЦ.

2.2. Транспортировка пациента из ЦКБ западных кожуунов в ПСО ГБУЗ РТ «Барун-Хемчикский ММЦ»:

- больных с ОКС без подъема сегмента ST с развитием острого инфаркта миокарда или нестабильной стенокардией выполняют транспортировку для получения специализированного лечения в ПСО из прикрепленных к нему ЦКБ по решению РСЦ (совместно с ПСО).

Перед обратным вылетом вертолета из кожуунов в г. Кызыл, в выходные, праздничные дни или в ночное время, диспетчер отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации ГБУЗ РТ «Республиканского центра скорой медицинской помощи и медицины катастроф» сообщает диспетчеру КДЦ о времени вылета с указанием приблизительного времени поступления пациента в экстренный приемный покой РСЦ ГБУЗ «Ресбольница № 1» (телефон: (39422) 3-78-88. Дежурный КДЦ собирает рентгенэндоваскулярную бригаду в составе дежурного врача по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению, операционной медицинской сестры, рентгенлаборанта, санитарки, анестезиолога и анестезистки в указанное время поступления больного с ОКС в РСЦ с указанием приблизительного времени поступления в экстренный приемный покой РСЦ ГБУЗ «Ресбольница № 1». В рабочее время диспетчером отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации ГБУЗ РТ «Республиканского центра скорой медицинской помощи и медицины катастроф» сообщает кардиологу РСЦ о времени вылета с указанием приблизительного времени поступления пациента в экстренный приемный покой РСЦ ГБУЗ «Ресбольница №1» (телефон: (39422) 6-40-02).

Отбор и подготовка больных для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (за счет федеральных средств) осуществляется на этапе первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной кардиологической медицинской помощи в условиях Республиканской больницы № 1.

На основании приказа Министерства здравоохранения Республики Тыва от 01 апреля 2015г. № 134, **организован кабинет дистанционного ЭКГ на базе РСЦ ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1».**

Кабинет дистанционного ЭКГ – консультирования располагается на территории РСЦ ГБУЗ РТ «Ресбольница №1» в кардиологическом отделении № 1, на 3 этаже и включает в себя рабочие места врачей – консультантов, имеющих подготовку в области кардиологии и/или функциональной диагностики. При необходимости уточнения диагноза или тактических и лечебных вопросов врач смены обязан проконсультироваться с дежурным кардиологом или заведующим кардиологическим отделением № 1 РСЦ.

Кабинет оборудован автоматизированным рабочим местом с возможностью приема/передачи данных и голосовую вызова по каналу GSM. Врач – консультант кабинета принимает консультативные обращения круглосуточно.

После поступления ЭКГ врач - консультант проводит анализ полученных данных и передает результаты анализа ЭКГ и рекомендации по тактике ведения пациента. При обработке данных врач - консультант связывается с врачом/фельдшером линейной бригады для уточнения паспортных данных пациента (Ф.И.О., дата рождения), а также данных обратившегося медицинского работника (Ф.И.О., наименования учреждения).

При консультативном обращении по экстренному поводу ответный звонок должен быть осуществлен в пределах 10 минут. Результаты консультации заносятся в журнал регистрации дистанционных ЭКГ – консультаций (приложение №1).

### **Организация ЭКГ- консультирования при экстренных обращениях**

Для передачи ЭКГ в кабинет дистанционного ЭКГ – консультирования линейные бригады и фельдшерские бригады оснащены ЭКГ – регистратором системы «Валента».

Врач или фельдшер линейной бригады скорой и неотложной медицинской помощи и стационара при подозрении на наличие у пациента острого коронарного синдрома в течении 5 минут от момента первого медицинского контакта с пациентом направляет ЭКГ - данные в кабинет ЭКГ – консультирования ( в соответствии с инструкцией по эксплуатации регистратора) и начинает проводить предписанные экстренные лечебно-диагностические мероприятия без учета данных ЭКГ. Затем в **течение 5 минут** принимает данные из кабинета ЭКГ – консультирования о результатах анализах ЭКГ и сообщает данные, необходимые для заполнения журнала учета регистрации дистанционных ЭКГ – консультаций. После

получения заключения по переданной ЭКГ при наличии показаний и отсутствии противопоказаний врач (фельдшер) линейной бригады начинает проведение специфического лечения (системный тромболизис) или доставляет пациента в медицинскую организацию кожууна, или в приемный покой РСЦ. При необходимости врач созванивается с врачом – консультантом до поступления звонка из центра по тому же телефону, детализирует клиническую ситуацию и получает рекомендации по дальнейшему ведению пациента.

### **Общие рекомендации при выявлении острого коронарного синдрома.**

1. Выявить подробно жалобы (характер болей, их локализацию, провоцирующие факторы, условия купирования болей, длительность болевого приступа, количество болевых приступов за последние 48 часов, время начала заболевания).
2. Физикальные обследования: измерения ЧСС, АД, ЧДД, аускультация сердца и легких, пальпация живота, определение отеков (для исключения экстракардиальных причин болей в грудной клетке (пневмоторакс, перикардит, ревматический порок, гипертонический криз, пароксизм нарушения ритма и т.д.).

### **Всем больным с диагнозом «Острый коронарный синдром»:**

1. Аспирин, не покрытый оболочкой (при отсутствии явных противопоказаний: аллергия на аспирин, активное желудочно-кишечное кровотечение) 325- 500мг. Дать разжевать (если больной не принимал его раньше).
2. Клопидогрель (доза препарата определяется стратегией реперфузии) первая доза 300мг или 75мг у пациента старше 75лет, внутрь.
3. Обезболивание (нитроглицерин или нитро – спрей сублингвально, под контролем АД, при неэффективности – наркотические анальгетики – Морфин 10мг разводят в 10мл 0,9% раствора натрия хлорида в\в и дробно по 2мг с интервалом по 5минут по необходимости до купирования боли.
4. Кислородотерапия. При наличии гипоксемии ( $SpO_2 < 90\%$ ), ингаляторное введение кислорода через носовые катетеры со скоростью 2-8 л/мин, контролируют насыщение крови кислородом.
5. Нефракционированный гепарин (гепарин натрия) внутривенно, болюсом 60 Ед/кг (максимально 5000Ед).
6. Бета – адреноблокаторы (только для врачебных бригад). Первоначальная доза может быть введена в\в, особенно у пациентов с АГ, сохраняющейся ишемией, тахикардией при отсутствии признаков СН. Метопролол в\в медленно под контролем АД и ЭКГ в дозе 0,1мг/кг за 2-3 приема с интервалом как минимум 2-3минут. Пропранолол в\в медленно под контролем АД и ЭКГ в дозе 0,1мг/кг за 2-3 приема с интервалом как минимум 2-3минут. Эсмолол в\в струйно 0,5мг/кг в течении 1минуты, затем под контролем АД и ЭКГ 0,05мг/кг/мин в течении 4 минут.

Абсолютным противопоказанием к использованию бета- адреноблокаторов:

- Кардиогенный шок
- Тяжелая обструктивная болезнь легких в стадии обострения
- АВ блокада II-III степени (у пациентов без функционирующего искусственного водителя ритма сердца)
- Аллергия

Относительные противопоказания для использования бета – блокаторов:

- Клинические проявления СН
- Свидетельство наличия низкого сердечного выброса
- Систолическое АД <100 мм.рт. ст., ЧСС <60 ударов в 1мин
- Удлинение интервала PQ> 0,24

7. Всем больным с предполагаемым системным тромбозом – катетеризация периферической вены.

А. ОКС с элевацией сегмента ST и возможностью доставки пациента в Региональный сосудистый центр в течение 60 минут от момента первого контакта медицинского работника с пациентом – сообщить о пациенте в РСЦ ГБУЗ РТ «Ресбольница №1» (тел: 6-40-02) и доставить пациента в минимально короткие сроки.

Б. ОКС с элевацией сегмента, если персонал СМП или не ЧКВ-ц (Межмуниципальные медицинские центры Центральные кожунные больницы) рассчитывает, что время от момента постановки диагноза до проведения ЧКВ превышает 120минут, и от начала симптомов прошло не более 12часов, пациенту показано проведение тромболитической терапии.

Проведение тромболитической терапии на догоспитальном этапе возможно при наличии в машине скорой помощи кардиомонитора, дефибриллятора, квалифицированного персонала.

### **Показания к тромболитической терапии:**

Ангинозная боль, сохраняющаяся при отсутствии провоцирующих факторов более 20минут на фоне проводимой терапии и сопровождающаяся:

- подъемом сегмента ST в двух и более последовательных отведениях ЭКГ, при величине подъема более 1мм над изолинией.

- развитием острой полной блокады левой ножки пучка Гиса.

### ***Абсолютные противопоказания к тромболитической терапии***

- ранее перенесенный геморрагический инсульт или нарушения мозгового кровообращения неизвестной этиологии (независимо от давности);
- Ишемический инсульт в предшествующие 6 месяцев;
- Повреждения или новообразования ЦНС;
- Артериовенозные мальформации ЦНС;
- Недавняя серьезная травма, хирургические вмешательства;
- Желудочно-кишечное кровотечение (в течение предыдущего месяца);
- Известные геморрагический диатез или кровоточивость (кроме менструальных кровотечений);
- Расслоение аорты (заподозренное или подтвержденное);
- Пункция не компрессируемых сосудов;
- Биопсия печени;
- Спинальная пункция в течение предыдущих 24 часов.

### ***Относительные противопоказания к тромболитической терапии***

- Транзиторная ишемическая атака в предыдущие 6 месяцев;
- Прием пероральных антикоагулянтов;
- Беременность и 1 неделя после родов;
- Рефрактерная АГ (в момент контакта с врачом скорой помощи или госпитализации - САД >180мм.рт.ст., ДАД >110мм.рт.ст., не контролируемая введением гипотензивных препаратов);
- Тяжелое заболевание печени;
- Инфекционный эндокардит;
- Травматическая или длительная сердечно-легочная реанимация;
- Обострение язвенной болезни;
- Недавно проведенная лазеротерапия сетчатки;

- Для стрептокиназы – введение стрептокиназы, в т.ч. модифицированной, более 5 суток назад или известная аллергия на нее.

### Алгоритм действий медицинских организаций и медицинских работников на период эпидемии коронавирусной инфекции COVID-19

Руководителям медицинских организаций Республики Тыва обеспечить тщательную оценку вероятности наличия заболевания коронавирусной инфекцией COVID-19 на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи пациентам с ОКС для решения вопроса о маршрутизации (уточнять наличие у пациента острых респираторных явлений, повышения температуры, эпидемиологический анамнез и обеспечивают начало санитарно-эпидемиологических мероприятий больным с подозрением на коронавирусную инфекцию COVID-19 на этапе транспортировки в стационар (термометрия, пульсоксиметрия, респиратор, дезинфицирующие средства и т.д.)).

Для пациентов с ОКС, у которых на догоспитальном этапе нет признаков заболевания коронавирусной инфекцией COVID-19 или вероятность его низкая (отсутствие неблагоприятного эпидемиологического анамнеза и отсутствие клинических признаков коронавирусной инфекции COVID-19) маршрутизацию и лечение проводить в обычном порядке (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 918н с изменениями от 22.02.2019), согласно клиническим рекомендациям по введению больных инфарктом миокарда с подъемом ST и больных с инфарктом миокарда без подъема сегмента ST.

Потоки пациентов с ОКС без симптомов вирусной инфекции или пневмонии, с низкой вероятностью COVID-19 и пациентов с известным контактом с инфицированными и/или симптомами коронавирусной инфекции целесообразно разделить с момента поступления в стационар, однако, все экстренно госпитализированные в стационар пациенты, вплоть до лабораторного исключения коронавирусной инфекции, должны рассматриваться как инфицированные.

В условиях коронарвирусной\* инфекции при ОКС с подъемом сегмента ST особое внимание должно быть уделено проведению тромболитической терапии, ТЛТ при отсутствии противопоказаний следует проводить на догоспитальном этапе.

При неэффективности ТЛТ- проведение «спасительного» ЧКВ.

Экстренно госпитализируемые пациенты на уровне приемного покоя подвергаются тестированию на COVID-19, берут мазок из ротоглотки ПЦР анализ на COVID-19.

В республике в наличии один ЧКВ-центр с одной рентгенооперационной. Проводится разделение потоков пациентов в зависимости от эпидемиологического статуса, включая отдельные палаты реанимации и интенсивной терапии, и внедрение протокола проведения интервенционных вмешательств инфицированным пациентам с соблюдением необходимых мер защиты и проведением заключительной дезинфекции.

Больные с ОКС находящиеся в кожных больницах, маршрутизация проводится согласно Приложению и лечение проводить в обычном порядке согласно клиническим рекомендациям. Поступившим в ПСО и ЦКБ на уровне приемного покоя, всем брать мазок на ПЦР, провести консультацию с врачами кардиологами РСЦ через КДЦ (консультативно-диагностический центр) по телефону: 7-(39422)3-78-88. При согласованном переводе, врач-кардиолог РСЦ предупреждает рентген-операционную бригаду о прибытии пациента. При поступлении пациента в приемный покой, врач-кардиолог приемного покоя или дежурный кардиолог уточняет наличие у пациента острых респираторных явлений, повышения температуры и эпидемиологический анамнез. Экстренно минуя отделение направляет в рентген-операционную в сопровождении врача-реаниматолога.

У больных с высокой вероятностью наличия COVID 19 рентген-эндovasкулярная бригада, должна работать в средствах индивидуальной защиты, после окончания провести заключительную дезинфекционную обработку.

Возможность размещения пациента с ОКС и установленным диагнозом COVID-19 или высокой степенью его вероятности в изоляторе или в условиях специально выделенной части ПРИТ РСЦ.

Обеспечить персонал всеми необходимыми средствами индивидуальной защиты.

Минимизировать число работающего персонала в условиях рентгенооперационной, предназначенной для изолированного лечения инфекционных пациентов, также, как и сотрудников функциональных и ультразвуковых отделений.


Обеспечить проведение необходимого функционального обследования пациентов с учетом строгих показаний к его проведению в условиях противоэпидемической обстановки.

Обеспечить тщательную уборку и обработку операционной и приборов после проведения рентгенэндovasкулярного вмешательства у пациента с коронавирусной инфекцией COVID-19.



При положительном ПЦР анализе, перевод ГБУЗ РТ «Инфекционная больница» филиал «Многофункциональный медицинский центр» по улице Бай-Хаакская 14А, телефон: 7(39422)-6-08-51 в течении 2часов. После перевода пациента, проводится заключительная дезинфекция изолятора.

У пациентов находящихся на лечении в инфекционном госпитале с подтвержденным COVID-19 в сочетании с ОКС а также при предполагаемом ИМ 2 типа, предпочтительная первоначальная консервативная стратегия, в случае дестабилизации состояния либо отсрочено, после выздоровления от коронавирусной инфекции, рекомендовано перевод в РСЦ для проведения коронарографии – КАГ ad hoc.

Пациенты, переведенные в инфекционный госпиталь, должны наблюдаться  мультидисциплинарной бригадой в составе, которого есть кардиолог.

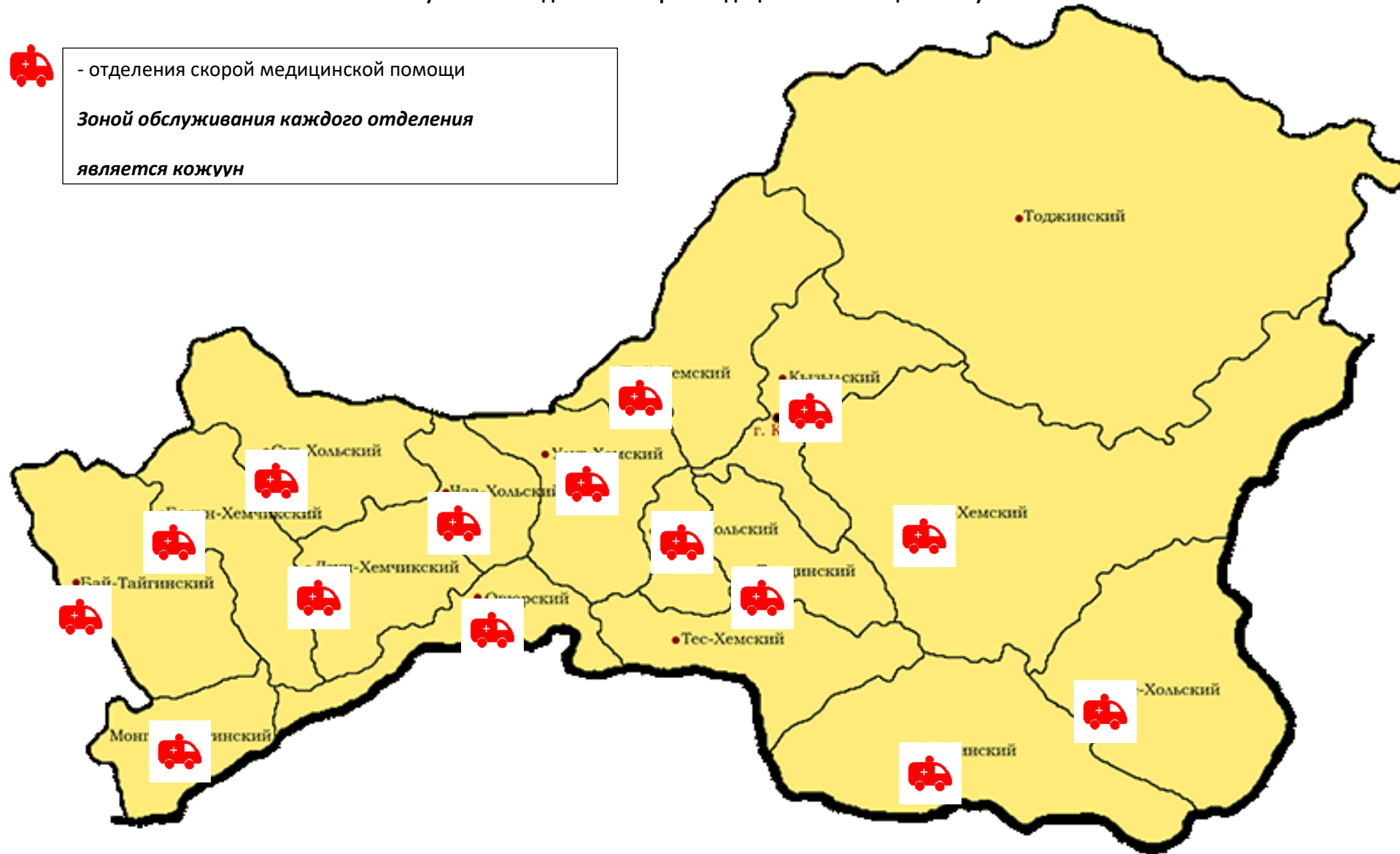
## Зоны обслуживания отделений скорой медицинской помощи в Республике Тыва



- отделения скорой медицинской помощи

*Зонай обслуживания каждого отделения*

*является кожун*

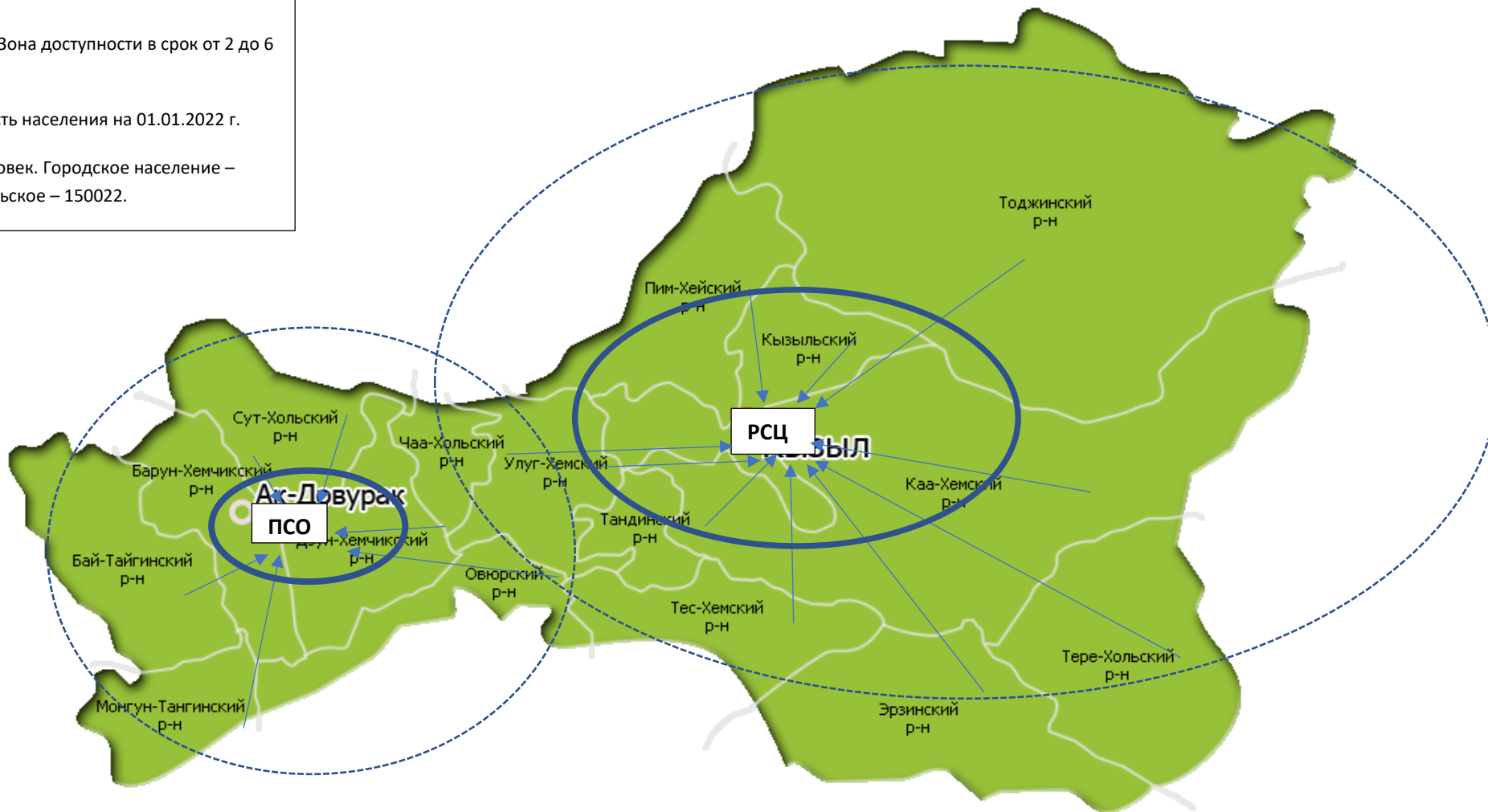


→ Зона прикрепления .

○ Зона часовой доступности к РСЦ  
или ПСО

○ Зона доступности в срок от 2 до 6  
часов

Численность населения на 01.01.2022 г.  
332609 человек. Городское население –  
182587, сельское – 150022.



**Расстояние и среднее время в пути наземного транспорта то г. Кызыла до районных центров республики (в одну сторону)**







<b>п/н</b>	<b>Наименование кожууна</b>	<b>Расстояние от г. Кызыла до населенного пункта (км)</b>	<b>Среднее время пребывания в пути от г. Кызыла до населенного пункта (час)</b>	<b>примечание</b>
1	Тандинский, с. Бай-Хаак	83	1	
	Тес-Хемский, с. Самагалтай	168	2	
	Эрзинский, с. Эрзин	224	3	
	Улуг-Хемский, г. Шагонар	115	1,90	
	Чаа-Хольский, с. Чаа-Холь	185	2,15	
	Чеди-Хольский, с. Хову-Аксы	114	2	
	Дзун-Хемчикский, г. Чадан	224	3	
	Суг-Хольский, с. Суг-Бажы	257	4	




	Овюрский, с. Хандагайты	314	5	
	Тоджинский, с. Тоора-Хем	244	10	бездорожье
	Каа-Хемский, с. Сарыг-Сеп	90	1,15	
	Пий-Хемский, г. Туран	85	1	
	Монгун-Тайгинский, с. Мугур-Аксы	453	12	бездорожье
	Барун-Хемчикский, г. Ак-Довурак	310	4,30	
	Бай-Тайгинский, с. Тээли	341	5	
	Тере-Хольский, с. Кунгуртуг	500	Более 24часов	бездорожье
	Кызылский, п.г.т. Каа-Хем	12	0,2	

г. Кызыл. Медицинские организации. Аэропорт

г. КЫЗЫЛ. МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ. АЭРОПОРТ

Список объектов

-  (РЦ СМП и МК) ЕДЦ, ОЗКМП и МЭ
-  (РИБ) Республиканская инфекционная бол...
-  (РДБ) Республиканская детская больница...
-  (РРД) Республиканский родильный дом
-  (РБ№1) Республиканская больница №1Тр...
-  (Аэропорт Кызыл) Место базирования МИ...

	РЦ СМП и МК (санавиация)- Аэро...	8.5 км
	Аэропорт- Больничный городок	6.6 км
	БОЛЬНИЧНЫЙ ГОРОДОК	243794 м²



Журнал учета консультаций в кабинете дистанционного ЭКГ – консультирования

№ п/п	Дата и время регистрации ЭКГ	Наименование учреждения, передавшего ЭКГ	Ф.И.О больного	Год рождения больного	Домашний адрес	Краткий анамнез	Данные ЭКГ	Заключение врача кардиологии рекомендации по ведению и лечению	Дата и время передачи консультации	Ф.И.О и подпись врача, проводившего заключение	Ф.И.О должность принявшего заключение

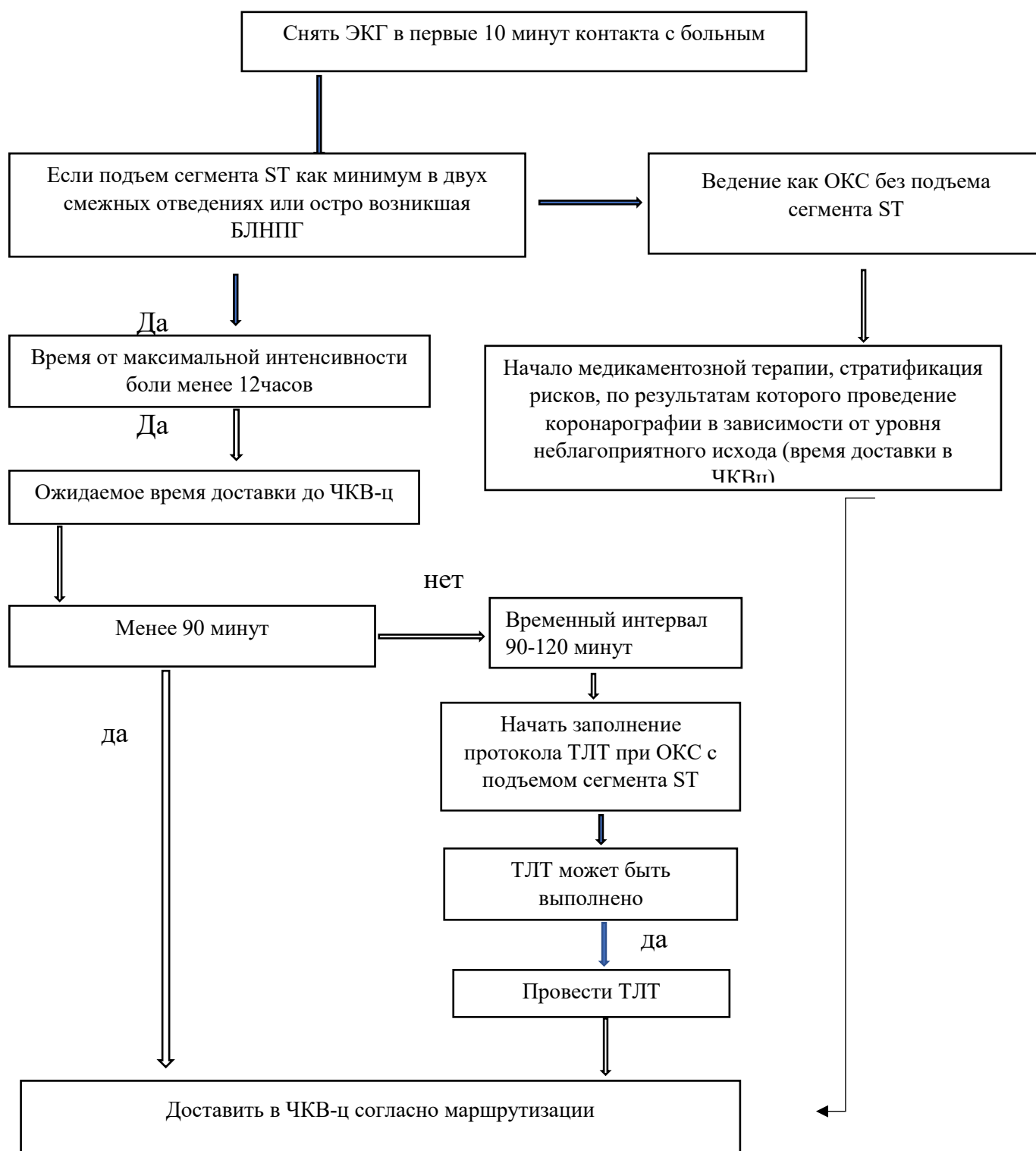
Утверждено  
приказом Минздрава РТ  
от 11.07.2022  
№ 908пр/22

**Территориальное прикрепление взрослого населения для оказания  
медицинской помощи с применением чрескожных коронарных  
вмешательств (в ЧКВ-центрах)**

<b>п/п</b>	<b>Наименование медицинской организации</b>	<b>Прикрепленные кожууны</b>
<b>1</b>	Региональный сосудистый центр, кардиологическое отделение № 1 ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1», по адресу: г. Кызыл, ул. Оюна Курседи 163, 3 этаж, контактный телефон ординаторской: 8(394-22) 6-40-02, приемного покоя: 8 (394-22) 6-40-00	Кызылский, Чеди-Хольский, Тандынский, Пий-Хемский, Улуг-Хемский, Каа-Хемский, Чаа-Хольский, Эрзинский, Тес-Хемский, Тере-Хольский, Тоджинский
<b>2</b>	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	Барун-Хемчикский Дзун-Хемчикский Сут-Хольский Овюрский Монгун-Тайгинский Бай-Тайгинский



### Алгоритм действий при выявлении больного с острым коронарным синдромом (нестабильная стенокардией, инфарктом миокарда)



## Чек-лист тромболитической терапии при ОКС с подъемом ST

Дата:

Ф.И.О.:

Дата рождения:

Возраст:

Масса тела в кг:

Время начала ТЛТ:

Название препарата:

Доза:

<b>Показания к ТЛТ</b>	<i>да</i>	<i>нет</i>
На ЭКГ: $\uparrow ST \geq 1$ мм минимум в 2 отведениях: I II III AVL AVF $\uparrow ST \geq 1$ мм минимум в 2 из грудных отведений V1 – V6 Впервые возникшая полная блокада левой ножки пучка Гиса Истинный задний инфаркт миокарда: высокие зубцы R в V1-V2		
Время болевого синдрома менее 12 часов Типичные боли за грудиной (или их эквивалент), не купирующийся нитратами		
Персонал СМП или не ЧКВ-ц рассчитывает, что время от момента постановки диагноза до проведения проводника в инфаркт – связанную артерию (ИСА) т.е. до пЧКВ-ц превысит 120 минут		

### Наличие абсолютных противопоказаний к тромболитической терапии

<b>Абсолютные противопоказания к тромболитической терапии</b>	<i>да</i>	<i>нет</i>
Ранее перенесенный инсульт или наличие другой органической или структурной патологии мозга (артериовенозная мальформация ЦНС, повреждение и опухоль ЦНС)		
Клинические признаки кровотечения любой локализации (в том числе желудочно-кишечные и урогенитальные) или проявления геморрагического синдрома.		
Биопсия печени, спинномозговая пункция в течение предыдущих 24 часов, пункция не компрессируемых сосудов		
Расслоение аорты (подтвержденная или заподозренная)		

### Наличие относительных противопоказаний для тромболитической терапии – тромболитическая терапия возможна, необходима оценка риска кровотечения

<b>Относительные противопоказания к тромболитической терапии (риск осложнений при ТЛТ)</b>	<i>да</i>	<i>нет</i>
Прием пероральных антикоагулянтов		
Беременность и 1 неделя после родов		

Рефрактерная АГ (в момент контакта с врачом скорой помощи или госпитализации - САД >180мм.рт.ст., ДАД >110мм.рт.ст., не контролируемая введением гипотензивных препаратов)		
Тяжелое заболевание печени		
Инфекционный эндокардит		
Травматическая или длительная сердечно-легочная реанимация		
Недавно проведенная лазеротерапия сетчатки		
Для стрептокиназы – введение стрептокиназы, в т.ч. модифицированной, более 5суток назад или известная аллергия на нее.		

**Увеличивают риск кровотечений:** старческий возраст (старше 75лет), женский пол, низкая масса тела менее 40кг, ХПН, анемия, кровотечения в анамнеза, прием пероральных антикоагулянтных препаратов

Польза ТЛТ превышает риск кровотечений:                  Да                  НЕТ

Дата:                          Время:                          Ф.И.О. врача/фельдшера:

## Чек-лист

### лечебных мероприятий на догоспитальном этапе пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС)

Дата:

Ф.И.О.:

Дата рождения:

Возраст:

Место жительства:

Заполняется сотрудниками СМП

Дата и время возникновения симптомов, послуживших причиной для обращения за мед. помощью:

Дата и время вызова СМП:

Дата и время прибытия службы СМП к больному:

Время снятия ЭКГ:

Дата и время выезда с места события бригады СМП:

Дата и время прибытия в стационар:

### Оцениваемые параметры

Оказанная помощь	да	нет
Аспирин		
Клопидогрель		
Гепарин		
Болевой синдром купирован полностью: Нитратами Наркотическими анальгетиками - Морфин		
ОКС с подъемом ST		
ТЛТ		
Если <b>нет</b> указать причину		
Состав бригады СМП: Фельдшерская Врачебная		
Ф.И.О. вр/ф-ра	подпись	

## Стратификация риска при ОКС без подъема сегмента ST

1. Очень высокий риск неблагоприятного исхода (рекомендуется проведение коронарографии с намерением выполнить реваскуляризацию миокарда в первые 2ч):

- нестабильность гемодинамики или кардиогенный шок;
- рецидивирующие ангинозные приступы, рефрактерные к медикаментозному лечению;
- угрожающие жизни аритмии или остановка кровообращения;
- острая сердечная недостаточность;
- механические осложнения острого инфаркта миокарда;
- повторные динамические смещения сегмента St.

2. Высокий риск неблагоприятного исхода (рекомендуется проведение коронарографии с намерением выполнить реваскуляризацию миокарда в первые 24ч):

- подъем или снижение уровня сердечного тропонина в крови, соответствующим критериям инфаркта миокарда;
- динамические смещения сегмента ST или изменения зубца T (симптомами или бессимтомные)
- риск по шкале GRACE > 140 баллов

3. Умеренный (промежуточный) риск (рекомендуется проведение коронарографии с намерением выполнить реваскуляризацию миокарда, которую можно отсрочить до 72ч. после госпитализации):

- сахарный диабет;
- почечная недостаточность (pСКФ < 60мл/мин/1,73м<sup>2</sup>);
- ФВ ЛЖ ниже 40% или застойная сердечная недостаточность;
- ранняя постинфарктная стенокардия;
- недавнее ЧКВ;
- операция КШ в анамнезе;
- риск по шкале GRACE от 109 до 140 баллов

## **Инструкция по маршрутизации больных в медицинские организации Республики Тыва для проведения медицинской реабилитации на стационарном и амбулаторном этапах**

1. Настоящая инструкция составлена в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020г №788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».

2. В медицинские реабилитационные учреждения (Кардиологическое отделение № 2 ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1») на медицинскую реабилитацию (II и III этапы) направляются пациенты с целью полного (частичного) восстановления или компенсации нарушенных функций систем и органов.

3. Основным критерием оценки тяжести состояния пациента для определения объема реабилитационной помощи и маршрутизации на этапах оказания реабилитационной помощи является шкала реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ), Оценка жизнедеятельности пациента по ШРМ проводится коллегиально на заседании мультидисциплинарной реабилитационной бригадой (далее – МДБ).

4. Обязательным организационно-технологическим элементом реабилитационной помощи является наличие в лечебно-профилактическом учреждении мультидисциплинарной бригады (далее – МДБ). Количество МДБ определяется коечной мощностью специализированной медицинской организации или отделения. Состав МДБ определяется с учетом модели пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации.

5. Технологически оказание реабилитационной помощи начинается с первых часов заболевания (в случае хирургического лечения – в раннем послеоперационном периоде) в рамках порядков специализированной помощи по соответствующему профилю.

6. Организационно медицинская реабилитация начинается с момента перевода пациента в специализированное реабилитационное отделение (отделение медицинской реабилитации кардиологическое отделение № 2 ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1») внутри учреждения (по согласованию между заведующими отделениями); медицинское реабилитационное учреждение (отделение реабилитации ГАУЗ РТ «Санаторий-профилакторий «Серебрянка»).

7. Противопоказания к направлению на реабилитационное лечение любого этапа могут быть абсолютные и относительные:

### **1) абсолютные:**

- прогрессирующий неврологический дефицит;
- состояние декомпенсации соматических функций, требующих их протезирования (ИВЛ, гемодиализ и др.) или мониторинговой коррекции в условиях реанимационного отделения (инотропная поддержка и др.);
- клиничко-лабораторные признаки инфекционно-воспалительного процесса (менингит, пневмония, диарея и др.);
- грубый психоорганический синдром или деменция, исключаяющий продуктивный контакт с окружающими;

### **2) относительные:**

- отсутствие мотивированности пациента для проведения реабилитационного лечения;
- отсутствие визуализации состояния головного мозга;
- недостаточность кровообращения выше II-А стадии;

- тромбоэмболия ветвей легочной артерии и тромбоэмболические нарушения других внутренних органов в анамнезе, тромбоз вен нижних конечностей;
- бради- или тахикардические формы постоянной/пароксизмальной мерцательной аритмии;
- групповые и политопные экстрасистолы;
- атриовентрикулярная блокада выше I степени;
- синдром слабости синусового узла;
- артериальная гипертензия, недостаточно корригируемая медикаментозной терапией, с кризовым течением, с признаками нарушения азотовыделительной функции почек;
- сахарный диабет тяжелого течения или в стадии декомпенсации;
- рецидив онкологического заболевания;
- анемия тяжелой степени.

#### 8. Порядок направления.

8.1. **первый этап реабилитационного** лечения проводится пациентам в условиях Регионального сосудистого центра кардиологическое № 1 с палаты реанимации и интенсивной терапии (ПРИТ), отделения реанимации Республиканской больницы № 1, первичного сосудистого отделения Барун-Хемчикского межкожуунного центра, имеющих в структуре палату интенсивной терапии.

Цель реабилитационного лечения на первом этапе – снижение показателя бытовой зависимости ниже на 1 и более баллов по ШРМ.

Задачи первого этапа:

- компенсация соматического и неврологического статуса;
- вертикализация пациента до уровня 1 – 2 часа в сутки пребывания в сидячем положении;
- мобилизация в пределах двигательного и статокординаторного дефицита;
- коррекция нутритивного дефицита;
- адаптация к элементарному бытовому самообслуживанию (личная гигиена);
- ранняя коррекция когнитивных нарушений.

В случае отсутствия положительной динамики негативного реабилитационного прогноза решение вопроса о необходимости дальнейшего пребывания пациента в условиях паллиативной помощи (как четвертый этап реабилитационной помощи).

**Перечень стационаров, участвующих в оказании помощи по медицинской реабилитации на первом этапе:**

1. Кардиологическое отделение № 1 Регионального сосудистого центра ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1».
2. Отделение реанимации ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1».
3. Первичное сосудистое отделение ГБУЗ РТ «Барун-Хемчикский ММЦ», имеющего в структуре палату интенсивной терапии.

8.2. **второй этап реабилитационного** лечения проводится пациентам со степенью восстановления 4-6 по шкале ШРМ в условиях реабилитационных коек Республиканской больницы № 1, со степенью восстановления 4 по шкале ШРМ в условиях реабилитационного отделения ГАУЗ РТ «Санаторий-профилакторий «Серебрянка».

Цель реабилитационного лечения на втором этапе: снижение показателя бытовой зависимости ниже 4 по шкале ШРМ.

Задачи второго этапа:

- мобилизация до уровня ходьбы без посторонней помощи;
- самостоятельное питание и полное бытовое самообслуживание;
- восстановление когнитивного статуса до уровня ориентации в себе, времени, пространстве.

Перевод пациента на 2 этап может осуществляться с любого предшествующего этапа реабилитации или непосредственно после завершения неотложного этапа лечения;

Госпитализация пациентов в реабилитационный стационар для проведения медицинской реабилитации на II этапе (в раннем и позднем восстановительном периодах) осуществляется лечащими врачами:

а) в отделение медицинской реабилитации (неврологическое отделение № 2 и кардиологическое отделение № 2 Республиканской больницы № 1) внутри учреждения (по согласованию между заведующими отделениями);

б) в медицинское реабилитационное учреждение (отделение реабилитации ГАУЗ РТ «Санаторий-профилакторий «Серебрянка») по согласованию между заместителями главного врача по медицинской части обоих учреждений.

### **Перечень стационаров, имеющих в структуре отделение медицинской реабилитации (II этап).**

1. Кардиологическое отделение №2 ГБУЗ РТ «Республиканская больница №1».

2. Реабилитационное отделение ГАУЗ РТ «Санаторий-профилакторий «Серебрянка».

8.3. **третий этап реабилитационного** лечения проводится пациентам со степенью восстановления по ШРМ 2 – 3 в дневном стационаре в условиях **санатория «Серебрянка».**

Цель реабилитационного лечения на третьем этапе: адаптация пациента к повседневной жизни.

Задачи третьего этапа:

- эрготерапия, кинезиотерапия, нейропсихологические занятия, направленные на повышение толерантности к нагрузкам и адаптации к самообслуживанию.

Перевод пациента на 3 этап может осуществляться с любого предшествующего этапа реабилитации или непосредственно после завершения неотложного этапа лечения.

Направление пациентов на амбулаторную медицинскую реабилитацию в поздний восстановительный период (III этап) осуществляется профильными врачами-специалистами амбулаторно-поликлинических учреждений, а также врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) или врачами профильного стационара, где пациент проходил лечение, к врачам-специалистам отделения медицинской реабилитации амбулаторно-поликлинического учреждения. При направлении больного на медицинскую реабилитацию в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения лечащий врач оформляет: направление; выписку из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного за подписью заведующего отделением.

### **Перечень амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих в структуре отделения медицинской реабилитации (III этап).**

1. «Республиканский консультативно-диагностический центр» ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1».

2. ГБУЗ РТ «Республиканский клинико-диагностический центр».

3. ГАУЗ РТ «Санаторий-профилакторий «Серебрянка».

9. Всем пациентам, направленным на госпитализацию в стационар или отделение медицинской реабилитации поликлиники, при себе необходимо иметь:

9.1. Паспорт.

9.2. Страховой полис.

9.3. Направление (ф. 28 или 057/у-04).

9.4. Копию выписки из медицинской карты стационарного или амбулаторного больного.

9.5. Рентгенограммы (давностью не более 6 месяцев), КТ или МРТ.

9.6. ЭКГ-пленку (давностью до 1 месяца).

9.7. Клинический анализ крови (давностью до 1 месяца).

9.8. Общий анализ мочи (давностью до 1 месяца).



- 9.9. Заключение флюорографии (давностью до 1 года).  
 9.10. Заключение гинеколога (женщинам) давностью до 1 месяца.  
 9.11. Анализ крови на гепатиты В и С (давностью до 1 месяца).  
 9.12. Анализы крови на ВИЧ, RW (давностью до 1 месяца).

10. В зависимости от степени восстановления на каждом этапе реабилитации по шкале ШРМ маршрутизация пациента может быть представлена одним или четырьмя этапами, включая этап паллиативной помощи.

### Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ)

Градации оценки	Описание статуса
0	Нет симптомов.
1	Отсутствие значимых нарушений жизнедеятельности, несмотря на имеющиеся симптомы заболевания; Может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; Тратит столько же времени на выполнение дел, как и раньше до болезни.
2	Легкое нарушение функций жизнедеятельности. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Не может выполнять ту активность, которая была до заболевания (вождение автомобиля, чтение, письмо, танцы, работа и др.), но может справляться со своими делами без посторонней помощи;</li> <li>• Может самостоятельно за собой ухаживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается);</li> <li>• Не нуждается в наблюдении;</li> <li>• Может проживать один дома от недели и более без помощи.</li> </ul>
3	Нарушение жизнедеятельности, умеренное по своей выраженности. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи;</li> <li>• Самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности;</li> <li>• Нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками;</li> <li>• Нуждается в помощниках при ведении финансовых дел;</li> <li>• Может проживать один дома без помощи от 1 суток до 1 недели.</li> </ul>
4	Выраженное нарушение проявлений жизнедеятельности. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Не может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи;</li> <li>• Нуждается в помощи при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др.;</li> <li>• В обычной жизни нуждается в ухаживающем, или того, кто находится рядом;</li> <li>• Может проживать один дома без помощи до 1 суток.</li> </ul>
5	Грубое нарушение процессов жизнедеятельности. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациент прикован к постели, могут быть недержание кала и мочи;</li> <li>• Не может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи;</li> <li>• Нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др.</li> <li>• Нуждается в ухаживающем постоянно (и днем, и ночью);</li> <li>• Не может быть оставлен один дома без посторонней помощи.</li> </ul>

6	<p>Нарушение жизнедеятельности крайней степени тяжести</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Хроническое нарушение сознания: витальные функции стабильны; нейромышечные и коммуникативные функции глубоко нарушены; сохранены фазы сна и бодрствования; пациент может находиться в условиях специального ухода реанимационного отделения;</li><li>• Нейромышечная несостоятельность: психический статус в пределах нормы, однако глубокий двигательный дефицит (тетраплегия) и бульбарные нарушения вынуждают больного оставаться в специализированном реанимационном отделении.</li></ul>
---	--

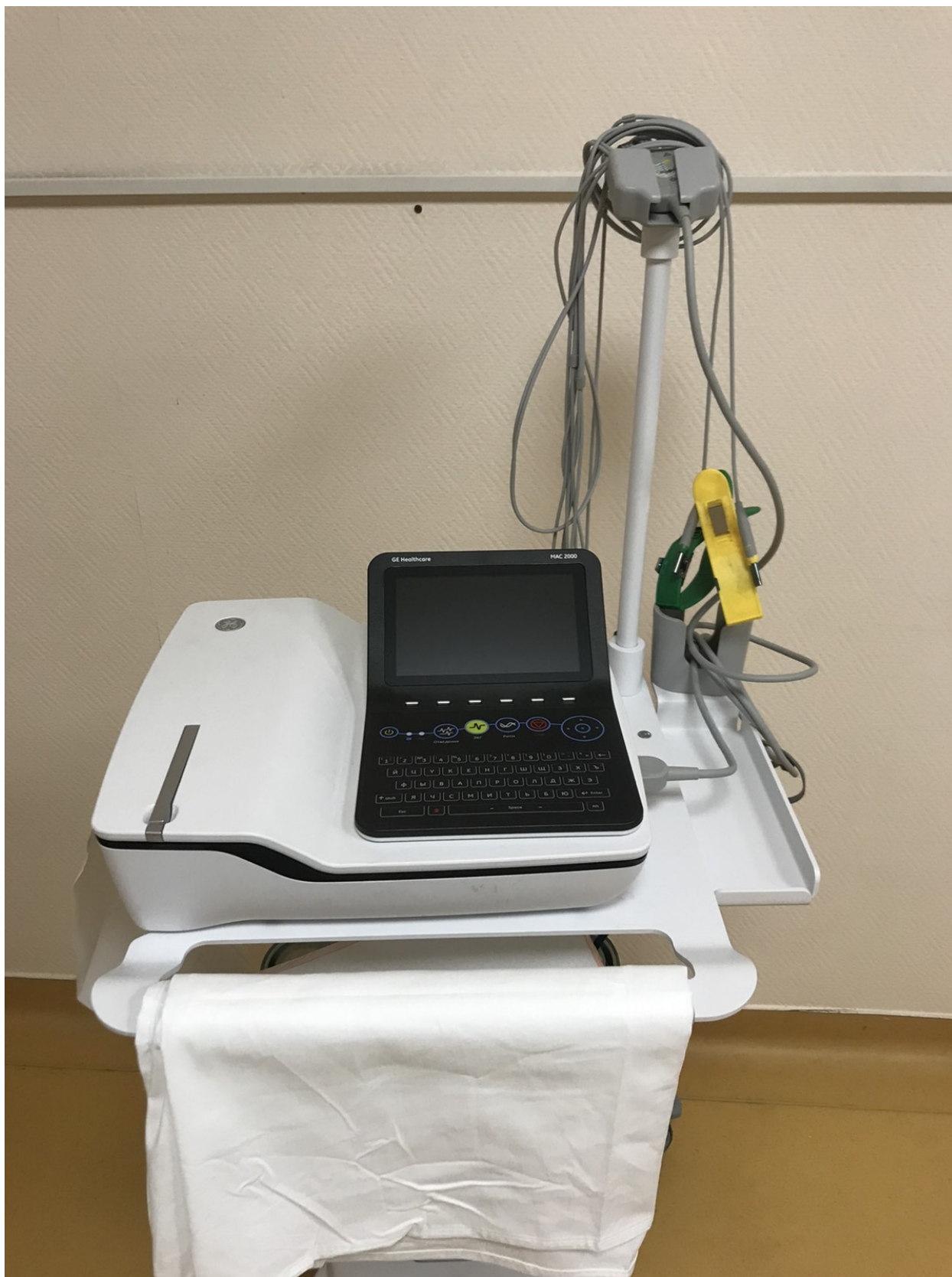
При оценке **0 – 1 балла по ШРМ** пациент не нуждается в медицинской реабилитации;  
при оценке **2 – 3 балла** пациента получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара;

при оценке **4 – 6 баллов** медицинская реабилитация осуществляется в стационарных условиях.

Также при оценке **2 – 5 баллов** по ШРМ пациенту может оказываться медицинская реабилитация в амбулаторных условиях.

**Примечание:** в реабилитационное отделение ГАУЗ РТ «Санаторий-профилакторий «Серебрянка» не направляли, так как в санатории не было врача кардиолога. С 2022 года с марта месяца в санатории работает врач кардиолог, с марта будем направлять в реабилитационное отделение санаторий «Серебрянка».

Реабилитационное оборудование в специализированном отделении  
медицинской реабилитации кардиологического профиля по адресу: по  
адресу: г. Кызыл, ул. Титова 88, терапевтический корпус, 3 этаж






















Лист согласования к документу № 908пр/22 от 11.07.2022

Инициатор согласования: Монгуш Т.А. Консультант лечебно-профилактической помощи взрослому населению

Согласование инициировано: 08.07.2022 17:34

**Лист согласования**

Тип согласования: **последовательное**

№	ФИО	Срок согласования	Результат согласования	Замечания
1	Болаа А.А.		Согласовано 11.07.2022 - 05:22	-
2	Ондар С.О.		Согласовано 11.07.2022 - 05:42	-
3	Ховалыг Н.М.		Согласовано 11.07.2022 - 06:02	-
4	Югай А.К.		 Подписано 11.07.2022 - 15:32	-