



ПРАВИТЕЛЬСТВО СЕВАСТОПОЛЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ

П Р И К А З

«14» 10. 2025

№ 921

Об организации медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в городе Севастополе

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.11.2011 от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и от 15.11.2012 № 928н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения», в целях достижения контрольной точки «Актуализация маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями» согласно паспорту федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», повышения качества и доступности оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями в городе Севастополе

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Перечень медицинских организаций города Севастополя, оказывающих медицинскую помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями и осуществляющих диспансерное наблюдение, в соответствии с приложением № 1 к настоящему приказу;

1.2. Порядок маршрутизации оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в соответствии с приложением № 2 к настоящему приказу;

1.3. Регламент маршрутизации пациентов с острой кардиологической патологией (острым коронарным синдромом, тромбозом легочной артерии, нарушениями ритма и проводимости, острой сердечной недостаточностью) в соответствии с приложением № 3 к настоящему приказу;

1.4. Регламент маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в соответствии с приложением № 4 к настоящему приказу;

1.5. Регламент маршрутизации пациентов со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий в соответствии с приложением № 5 к настоящему приказу;

1.6. Регламент маршрутизации пациентов с острой и критической ишемией конечности в соответствии с приложением № 6 к настоящему приказу;

1.7. Регламент маршрутизации пациентов с тромбозом глубоких вен и профилактики венозных тромбоэмболических осложнений, тромбофлебитом подкожных вен в соответствии с приложением № 7 к настоящему приказу;

1.8. Регламент оказания медицинской помощи больным с флебитом и тромбофлебитом подкожных вен в соответствии с приложением № 8 к настоящему приказу;

1.9. Регламент маршрутизации пациентов с аневризмой аорты в соответствии с приложением № 9 к настоящему приказу;

1.10. Алгоритм организации выявления на уровне поликлиник, амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в соответствии с приложением № 10 к настоящему приказу;

1.11. Алгоритм постановки на диспансерное наблюдение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями после выписки из стационара в соответствии с приложением № 11 к настоящему приказу;

1.12. Регламент маршрутизации пациентов с хронической сердечной недостаточностью в соответствии с приложением № 12 к настоящему приказу;

1.13. Регламент маршрутизации на проведение отдельных видов исследований сердечно-сосудистой системы в соответствии с приложением № 13 к настоящему приказу;

1.14. Регламент маршрутизации пациентов с острым аортальным синдромом в соответствии с приложением № 14 к настоящему приказу;

1.15. Регламент маршрутизации пациентов с врожденными и приобретенными пороками клапанов сердца в соответствии с приложением № 15 к настоящему приказу;

1.16. Регламент телемедицинских консультаций пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в соответствии с приложением № 16 к настоящему приказу.

2. Главному врачу Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Севастополя (далее – ГБУЗС) «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова»:

2.1. Обеспечить оказание медицинской помощи пациентам с острыми и неотложными сердечно-сосудистыми заболеваниями в условиях Регионального сосудистого центра (далее – РСЦ);

2.2. Обеспечить оснащение РСЦ в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», от 15.11.2012 № 928н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового

кровообращения»;

2.3. Обеспечить своевременное и достоверное проведение и контроль анализа статистического учета и отчетности с представлением отчетов о деятельности РСЦ в установленном порядке.

3. Главным врачам ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», ГБУЗС «Городская больница № 4», ГБУЗС «Севастопольская городская больница № 9» обеспечить:

3.1. Организацию оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в соответствии с маршрутизацией, утвержденной настоящим приказом, а также стандартами оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями;

3.2. Формирование и ведение регистра пациентов высокой группы риска по сердечно-сосудистым заболеваниям на каждом терапевтическом участке;

3.3. Диспансерное наблюдение больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в соответствии с приложением к Порядку проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», согласно сформированным помесечным планам диспансерного наблюдения.

4. Главным внештатным специалистам Департамента здравоохранения города Севастополя: неврологу, кардиологу, нейрохирургу, сердечно-сосудистому хирургу, специалисту по рентгенэндоваскулярным методам диагностики и лечения:

4.1. Обеспечить проведение анализа по оказанию медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями ежеквартально до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом;

4.2. Проводить анализ всех случаев летальности, включая типологизацию их причин. По результатам анализа выработать комплекс мер, направленных на снижение таких случаев. Анализ случаев предотвратимой летальности представлять на общебольничные заседания комиссии по изучению летальных исходов ежемесячно до 5 числа месяца, следующего за отчетным.

5. Главных внештатных специалистов Департамента здравоохранения города Севастополя: невролога и кардиолога назначить ответственными за осуществление оперативного мониторинга за заболеваемостью и летальностью пациентов, а также за ведение регистров пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом в городе Севастополе.

6. Директору ГБУЗС «Медицинский информационно-аналитический центр» обеспечить функционирование регистров больных с острым нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом.

7. Главному врачу ГБУЗС «Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» обеспечить:

7.1. Наличие лекарственных препаратов для выполнения бригадами скорой медицинской помощи стандарта оказания медицинской помощи

больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями на догоспитальном этапе;

7.2. Транспортировку пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в соответствии приложениями к настоящему приказу.

8. Управлению организации медицинской помощи Департамента здравоохранения города Севастополя проводить актуализацию приказа отражающих маршрутизацию пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями по мере необходимости, не реже одного раза в год.

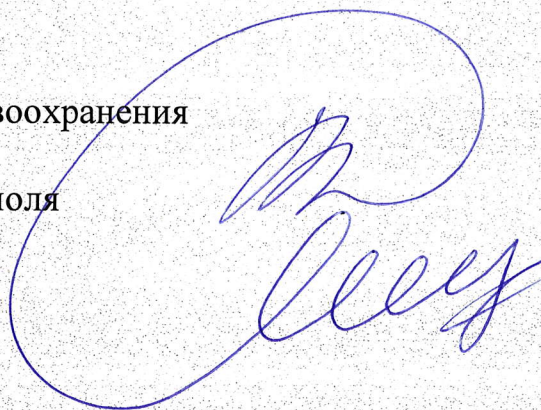
9. Считать утратившим силу приказ Департамента здравоохранения города Севастополя от 14.07.2024 № 608 «Об организации медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в городе Севастополе».

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

11. Настоящий приказ подлежит официальному опубликованию.

12. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя директора Департамента здравоохранения города Севастополя Островскую А.В.

Исполняющий обязанности
директора Департамента здравоохранения
города Севастополя –
члена Правительства Севастополя



В.С. Денисов

Приложение № 1
УТВЕРЖДЕН
приказом Департамента
здравоохранения города Севастополя
от «14» 10. 2025 № 921

**Перечень медицинских организаций города Севастополя оказывающих, медицинскую
помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями и осуществляющих
диспансерное наблюдение**

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зоны ответственност и	Профиль помощи (кардиология/ неврология)
ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова»	г. Севастополь, ул. Адм. Октябрьского, д. 19	Ленинский район; Гагаринский район; Нахимовский район	Кардиология Неврология
ГБУЗС «Городская больница № 4»	г. Севастополь, ул. Леваневского, д. 25	Нахимовский район	Кардиология Неврология
ГБУЗС «Севастопольская городская больница № 9»	г. Севастополь, ул. Мира, д. 5	Балаклавский район	Кардиология Неврология

**Порядок маршрутизации оказания медицинской помощи пациентам
с сердечно-сосудистыми заболеваниями**

1. Оказания первичной медико-санитарной помощи при обострении хронических сердечно-сосудистых заболеваний, не опасных для жизни больного и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций организуется отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи.

2. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-кардиологами поликлиник.

3. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-кардиологами в амбулаторных условиях в кардиологических кабинетах по направлению врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-специалистов, при самостоятельном обращении больного в медицинскую организацию, а также при дистанционном консультировании больных с использованием информационных технологий.

В случае отсутствия в медицинской организации кардиологического кабинета первичная специализированная медико-санитарная помощь может оказываться в терапевтических кабинетах врачом-терапевтом участковым.

4. При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях больной направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «Кардиология» в стационарных условиях – ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова».

5. Специализированная медицинская помощь включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

6. Решение о необходимости направления пациента для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в плановом порядке принимается врачебной комиссией медицинской организации, оказывающей первичную медикосанитарную помощь, с привлечением при необходимости врачей-специалистов разных профилей.

7. В случае отсутствия медицинских показаний к специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи пациент направляется под наблюдение врача-кардиолога, врача-терапевта участкового,

врача общей практики (семейного врача), врача-терапевта участкового, цехового врачебного участка в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с рекомендациями по лечению.

8. Специализированная медицинская помощь пациентам оказывается в стационарных условиях или в условиях дневного стационара по направлению врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых, цехового врачебного участка, врачей-кардиологов, врачей-специалистов, при доставлении больного бригадой скорой медицинской помощи, а также при самостоятельном обращении больного в медицинскую организацию.

9. Этапность оказания медицинской помощи пациентам:

1 этап: кардиологические кабинеты поликлиник;

2 этап: при показаниях к стационарному лечению - ГБУЗС «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова».

Специализированная медицинская помощь больным оказывается в медицинских организациях, имеющих в своей штатной численности врачей-специалистов по специальностям, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2014 года № 796н «Об утверждении положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи».

10. При наличии показаний к проведению плановой рентгенэндоваскулярной диагностики медицинская организация, которая определяет показания к проведению рентгенэндоваскулярной диагностики, направляет пациента в ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова».

11. После завершения рентгенэндоваскулярной диагностики пациенту при наличии медицинских показаний выполняется оперативное лечение.

При невозможности выполнения оперативного вмешательства в условиях ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» пациент, при наличии медицинских показаний, направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в федеральном центре.

При необходимости перед направлением на высокотехнологическую медицинскую помощь проводится телемедицинская консультация.

Проведение телемедицинских консультаций между специалистами медицинских организаций Севастополя возможно со специалистами медицинских организаций 3-го уровня ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», так и с федеральными центрами.

12. Оказание специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется в федеральных государственных медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, 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 в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, для оказания специализированной медицинской помощи, приведенным в приложении к Порядку организации оказания специализированной медицинской помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2014 года № 796н «Об утверждении положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи».

13. При наличии у пациента медицинских показаний для оказания высокотехнологичной медицинской помощи направление пациента в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.10.2019 № 824н «Об утверждении порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

14. После оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях больному на руки выдается выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного с результатами проведенного обследования и лечения, рекомендациями по дальнейшей тактике наблюдения, обследования и лечения (с указанием вида и кода высокотехнологичной медицинской помощи).

15. После оказания высокотехнологичной медицинской помощи дальнейшее лечение осуществляется в рамках оказания специализированной медицинской помощи.

16. Штатные нормативы, цели и задачи работы, показания к госпитализации и стандарты оснащения кардиологического кабинета, кардиологического дневного стационара, кардиологического отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.10.2012 № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

17. По результату оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи пациенты сердечно-сосудистыми заболеваниями направляются в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь или специализированную медицинскую помощь, для диспансерного наблюдения

в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н от «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

18. Периодичность проведения осмотров и обследования пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями после выписки из стационара:

- первый визит после окончания госпитализации в течение 7 дней после выписки из стационара;
- дальнейшее наблюдение проводят 1 раз в 1 месяц до достижения целевых доз препаратов и стабилизации состояния;
- далее не реже 2 раз в год.

**Регламент маршрутизации пациентов
с острой кардиологической патологией (острым коронарным
синдромом (далее – ОКС), тромбозом легочной артерии (далее –
ТЭЛА), нарушениями ритма и проводимости, острой сердечной
недостаточностью (далее – ОСН))**

Маршрутизация больных кардиологического профиля по экстренным показаниям производится в РСЦ ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», в структуре которого организованы кардиологическое и кардиохирургическое отделения с палатами интенсивной терапии (далее – ПИТ).

Зона ответственности: Балаклавский район, Гагаринский район, Ленинский район, Нахимовский район.

Численность взрослого населения в зоне ответственности РСЦ, составляет порядка 550 000.

Общее количество специализированных коек составляет 127, из них в отделении кардиохирургии – 36 (включая 6 коек ПИТ), кардиологическом отделении – 91 (коек ПИТ – 6).

На территории РСЦ расположены 2 рентгеноангиографические установки с режимом работы 24/7.

1. Настоящий Регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи больным с острой кардиологической патологией на территории города Севастополя. Оказание медицинской помощи больным осуществляется в рамках последовательного процесса, начинающегося на догоспитальном этапе и продолжающегося в РСЦ, кардиологическом отделении ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова».

2. Формирование укладки бригады СМП, выезжающей для оказания неотложной помощи больным с острой кардиологической патологией, и оснащение машины скорой помощи (санитарного автотранспорта) осуществляются по принципу полного обеспечения всех неотложных лечебно-диагностических действий, предусмотренных стандартом медицинской помощи (с запасом на двух больных).

3. При обращении пациента в службу скорой медицинской помощи (далее – СМП) с жалобами на боль в груди или боль в сердце диспетчер станции скорой медицинской помощи должен уточнить следующие вопросы:

- а) сколько времени прошло от начала возникновения боли;
- б) характер боли (давит, ноет, режет, колет, сжимает, нечем дышать);

в) локализацию боли (за грудиной, в сердце, в левой руке, под левой лопаткой или в межлопаточной области);

г) ставился ли ранее диагноз: Ишемическая болезнь сердца, был ли ранее перенесенный инфаркт миокарда или гипертоническая болезнь;

д) имеется ли на руках ранее снятая ЭКГ, данная информация предоставляется врачу/фельдшеру бригады СМИ.

4. Для отбора пациентов с ОКС без стойкого подъема сегмента ST бригадой СМИ проводится:

- оценка клинических проявлений:

а) наличие у больного затяжного (>15 мин.) приступа ангинозных болей за грудиной или в левой половине грудной клетки, или наличие эквивалентов стенокардии (одышка, резкая общая слабость, нестабильное АД) в предшествующие 24-48 часов;

б) впервые возникшая (в предшествующие 28-30 дней) «тяжелая» стенокардия;

в) дестабилизация ранее существующей стабильной стенокардии с появлением характеристик, присущих более высокому классу стенокардии по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества и/или появление приступов боли в покое (прогрессирующая стенокардия, стенокардия покоя, вазоспастическая стенокардия) в предшествующие 24-48 часов;

оценка данных электрокардиографии:

а) депрессия сегмента ST > 1 мм в двух или более смежных отведениях;

б) инверсия зубца T > 1 мм в отведениях с преобладающим зубцом R;

в) наличие глубоких инвертированных зубцов T в передних грудных отведениях;

г) наличие кратковременной (не более 20 мин) элевации сегмента ST > 1 мм в двух смежных отведениях.

Диагностическая ценность изменений ЭКГ увеличивается при регистрации данных изменений на высоте болевого синдрома.

5. Для отбора пациентов с ОКС со стойким подъемом сегмента ST бригадой СМП проводится оценка:

- клинических проявлений: наличие у больного затяжного (>15 мин.) приступа ангинозных болей за грудиной или в левой половине грудной клетки или наличие эквивалентов стенокардии (одышка, резкая общая слабость, нестабильное АД);

- данных электрокардиографии: регистрация стойкой (более 20 мин.) элевации сегмента ST в двух и более смежных отведениях; регистрация остро возникшей полной блокады левой ножки пучка Гиса (при наличии клиники острого инфаркта миокарда); полная блокада правой ножки пучка Гиса при сохранении симптомов ишемии может расцениваться как ОКС с подъемом ST.

6. Все пациенты с острым коронарным синдромом (с/без подъема сегмента ST) и подозрением на него доставляются в РСЦ.

7. В случае наличия у больного ОКС с подъемом сегмента ST на догоспитальном этапе заполняется контрольный лист принятия решения врачебно-фельдшерской бригадой скорой медицинской помощи о проведении больному с ОКС тромболитической терапии (приложение № 1 к Регламенту маршрутизации пациентов с острыми и неотложными сердечно-сосудистыми состояниями (ОКС, ТЭЛА, нарушениями ритма и проводимости, ОСН), для дальнейшей передачи дежурному врачу РСЦ и внесения в медицинскую карту стационарного больного.

8. При наличии показаний к реперфузионной терапии и предполагаемого доезда не более 90 минут, больной незамедлительно доставляется в РСЦ для проведения первичного ЧКВ. В случае недоступности рентгеноперационной (занята, вышла из строя), а также отказа больного от оперативного вмешательства, проводится догоспитальный тромболизис. В случае отказа больного от чрескожного коронарного вмешательства/тромболитической терапии заполняется добровольный информированный отказ от медицинского вмешательства.

9. При наличии показаний к реперфузионной терапии и невозможности доставить пациента в РСЦ в течении 90 минут, пациенту начинается тромболитическая терапия в машине СМП на этапе транспортировки в РСЦ.

10. Бригада СМ должна оповестить приемное отделение РСЦ о транспортировке больного с подозрением на ОКС.

11. Маршрутизация пациентов с ОКС при выявлении показаний к проведению экстренного АКШ:

- показание к проведению экстренного АКШ больному с ОКС, находящемуся на лечении в РСЦ, выставляется консилиумом в составе: заместитель главного врача по лечебной работе, главный внештатный специалист ДЗ по сердечно-сосудистой хирургии, главный внештатный специалист ДЗ по рентгенэндоваскулярной хирургии, заведующий кардиохирургическим отделением РСЦ, лечащий врач (кардиолог);

- после установления показаний экстренное АКШ больному с ОКС производится на базе РСЦ;

- после окончания лечения в кардиохирургическом отделении РСЦ, больной переводится в кардиологическое отделение ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» для продолжения лечения и реабилитации;

- в случае отсутствия возможности оказания медицинской помощи на месте необходимо проведение экстренной ТМК с близлежащим кардиохирургическим стационаром других регионов Российской Федерации, федеральными центрами;

- по итогам ТМК с учетом транспортной доступности пациенты могут направляться для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в медицинские организации других регионов Российской Федерации, федеральные медицинские центры.

12. Перевод пациентов с подозрением на ОКС/ОИМ, находящихся на лечении в других стационарах осуществляется следующим образом:

12.1. Заведующий отделением (дежурный врач), где проходит лечение пациент с подозрением на ОКС/ОИМ, сообщает заведующему РСЦ (дежурному врачу кардиохирургического отделения РСЦ) сведения о больном и согласовывает перевод в РСЦ;

12.2. Перевод пациента осуществляется бригадой СМП;

12.3. Пациенту дается нагрузочная доза антиагрегантов (при ОКС без подъема сегмента ST второй антиагрегантный препарат (ингибитор P2Y2) не назначается до госпитализации пациента в стационар и подтверждения диагноза;

12.4. При наличии показаний к реперфузионной терапии и невозможности доставить пациента в РСЦ в течении 90 минут, пациенту начинает проводиться тромболитическая терапия. При необходимости, тромболитическая терапия может быть продолжена в машине СМП на этапе транспортировки в РСЦ;

12.5. При переводе в РСЦ для обеспечения преемственности обязательно передается следующая информация:

- сроки начала заболевания,
- ЭКГ исходное, до и после ТЛТ (при его проведении),
- объем проведенного лечения (обезболивание с указанием доз и времени введения препаратов, нагрузочных доз антиагрегантов, объема инфузионной терапии),

- динамика состояния пациента во время транспортировки.

12.6. Бригада СМП обязана оповестить приемное отделение РСЦ о транспортировке пациента с подозрением на ОКС/ОИМ.

13. При необходимости проводятся телемедицинские консультации на всех уровнях оказания медицинской помощи с использованием ресурсов Национальных медицинских исследовательских центров Минздрава России.

По итогам телемедицинских консультаций с учетом транспортной доступности пациенты могут направляться для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в медицинские организации других регионов Российской Федерации, федеральные медицинские центры.

14. Контактные данные ответственных лиц:

- Захаров Юрий Михайлович - руководитель РСЦ +7 (8692) 41-79-57,
- Калинин Виктор Дмитриевич – заведующий кардиохирургическим отделением РСЦ (тел. (8692) 41-79-47),

- Тарасенко Михаил Геннадьевич – заведующий кардиологическим отделением ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения города Севастополя (тел. (8692) 54-47-63),

- Табакман Сергей Витальевич – заведующий неврологическим отделением для лечения пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения РСЦ (тел. (8692) 55-54-35).

Приложение № 1
к Регламенту маршрутизации пациентов
с острой кардиологической
патологией, тромбоэмболией
легочной артерии, нарушениями
ритма и проводимости, острой
сердечной недостаточностью

**Контрольный лист принятия решения о проведении больному
с острым коронарным синдромом тромболитической терапии**

Проверьте и отметьте каждый из показателей, приведенных в таблице.

Если отмечены все квадратики в столбце «Да» и ни одного в столбце «Нет», то проведение тромболитической терапии больному показано.

При наличии даже одного не отмеченного квадратика в столбце «Да» тромболитическую терапию проводить не следует и заполнение контрольного листа можно прекратить.

	«Да»	«Нет»
Больной ориентирован, может общаться.		
Характерный для ОКС болевой синдром и/или его эквиваленты продолжающиеся не менее 15-20 мин, но не более 12 часов.		
После исчезновения характерного для ОКС болевого синдрома и/или его эквивалентов прошло не более 3 часов.		
Выполнена качественная регистрация ЭКГ в 12 отведениях.		
У врача/фельдшера СМП есть опыт оценки изменений сегмента ST и блокады ножек пучка Гиса на ЭКГ (тест только при отсутствии дистанционной оценки ЭКГ специалистом).		
Есть подъем сегмента ST на 1 мм и более в двух и более смежных отведениях ЭКГ или зарегистрирована блокада левой ножки пучка Гиса, которой раньше у больного не было.		
У врача/фельдшера СМП есть опыт проведения ТЛТ.		
Транспортировка больного в стационар займет не более 30 мин.		
В период транспортировки больного имеется возможность постоянного мониторингового контроля ЭКГ (хотя бы в одном отведении), внутривенных инфузий (в кубитальной вене установлен катетер) и срочного применения дефибриллятора.		
Систолическое давление крови не превышает 180 мм рт. ст. диастолическое давление крови не превышает 110 мм рт. ст.		
Разница уровне систолического давления крови, измеренного на правой и левой руке, не превышает 15 мм рт. ст.		
В анамнезе отсутствуют указания на перенесенный инсульт или наличие другой органической (структурной) патологии мозга.		
Отсутствуют клинические признаки кровотечения любой локализации (в том числе желудочно-кишечные и урогенитальные) или проявления геморрагического синдрома.		
В представленных медицинских документах отсутствуют данные о проведении больному длительной (более 10 мин) сердечно-легочной реанимации или о наличии у него за последние 2 недели внутреннего		

кровотечения; больной подтверждает это.		
В представленных медицинских документах отсутствуют данные о перенесенной в течение предыдущего месяца хирургической операции (в т.ч. на глазах с использованием лазера) или серьезной травме с гематомами и/или кровотечением, больной подтверждает это.		
В представленных медицинских документах отсутствуют данные о наличии беременности или терминальной стадии какого-либо заболевания и данные опроса и осмотра подтверждают это.		

Наличие абсолютных противопоказаний для ТЛТ (тромболизис ТОЛЬКО при всех «НЕТ»):

КРИТЕРИЙ	«Да»	«Нет»
Ранее перенесенный геморрагический инсульт или нарушение мозгового кровообращения неизвестной этиологии		
Ишемический инсульт в предшествующие 6 месяцев		
Повреждения или новообразования ЦНС, артериовенозные мальформации ЦНС		
Недавняя серьезная травма/хирургическое вмешательство/травма головы/желудочно-кишечное кровотечение (в течение предыдущего месяца)		
Известные геморрагический диатез или кровоточивость (кроме менструальных кровотечений)		
Расслоение аорты (заподозренное или подтвержденное)		
Пункция некомпенсируемых сосудов, биопсия печени, спинномозговая пункция в течение предыдущих 24 часов		

Наличие относительных противопоказаний для ТЛТ (тромболизис возможен, необходима оценка риска кровотечений):

КРИТЕРИЙ	«Да»	«Нет»
Транзиторная ишемическая атака в предыдущие 6 месяцев		
Прием пероральных антикоагулянтов		
Беременность и первая неделя после родов		
Рефрактерная АГ (САД > 180мм.рт.ст. и/или ДАД>110мм.рт.ст.)		
Тяжелое заболевание печени		
Инфекционный эндокардит		
Обострение язвенной болезни		
Травматическая или длительная СЛР		

ВЫВОД: Тромболитическая терапия больному

(ФИО)

ПОКАЗАНА/ПРОТИВОПОКАЗАНА (нужное обвести)

Лист заполнил Врач/фельдшер (нужное обвести)

(ФИО)

Дата _____ Время _____ Подпись _____

Контрольный лист передается с больным в стационар для внесения в медицинскую карту стационарного больного.

**Регламент маршрутизации пациентов
с острым нарушением мозгового кровообращения (далее – ОНМК)**

1. Маршрутизация больных неврологического профиля по экстренным показаниям (ОНМК), производится в РСЦ, в структуре которого организовано неврологическое отделение для больных с ОНМК.

ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» является многопрофильной медицинской организацией.

Зона ответственности: Балаклавский, Гагаринский, Ленинский, Нахимовский районы города Севастополя.

Численность взрослого населения в зоне ответственности РСЦ, составляет порядка 550 000.

Общее количество коек в РСЦ – 146, из них в отделении ОНМК – 60 коек, в блоке интенсивной терапии – 6 коек, отделение анестезиологии-реанимации – 12 коек.

Среднее время медицинской эвакуации пациента с ОНМК, составляет 40 минут.

Больные с признаками ОНМК с нарушением витальных функций при поступлении направляются в экстренном порядке в противошоковую палату отделения анестезиологии и реанимации РСЦ. Больные с признаками ОНМК без нарушений витальных функций направляются в смотровой кабинет приемного отделения РСЦ.

На территории РСЦ, расположены: 1 компьютерный томограф (на 64 среза), 1 аппарат МРТ. Они располагаются, на цокольном этаже, в одном корпусе с отделением ОНМК, приемным отделением.

Рентгенангиографические установки (2 аппарата) находятся в едином корпусе РСЦ с отделением ОНМК, приемным отделением.

2. Оказание медицинской помощи больным с ОНМК (I60-I64, G45-G46), осуществляется в рамках последовательного процесса, начинающегося на догоспитальном этапе, и продолжающегося в стационарных условиях РСЦ, далее – в амбулаторно-поликлинических учреждениях, в том числе в центрах восстановительного лечения и реабилитации, санаторно-курортных учреждениях.

3. Оказание медицинской помощи больным с ОНМК на догоспитальном этапе:

- осуществляется посредством самообращения пациента к врачу, фельдшеру из амбулаторно-поликлинических структурных подразделений учреждений здравоохранения с последующим вызовом бригады скорой

медицинской помощи (СМП) ГБУЗС «Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» (вызов СМП может осуществляться без предварительного обращения к медицинскому работнику) и экстренным направлением больных на госпитализацию бригадами скорой медицинской помощи(СМП);

- бригада СМП обеспечивает пациенту венозный доступ, оценивает по шкале LAMS;

- бригада СМП обеспечивает коррекцию жизненно важных функций, проведение (при необходимости) реанимационных мероприятий максимально быструю транспортировку больного в РСЦ;

- бригада СМП, производящая транспортировку больного с признаками ОНМК в РСЦ, предварительно оповещает приемное отделение РСЦ (контактный тел.:55-94-92) о поступлении больного с признаками ОНМК с указанием приблизительного времени поступления (не позднее 40 мин. от момента вызова СМП) и времени появления первых признаков и жалоб на заболевание у пациента.

Госпитализации подлежат все пациенты с подтвержденным ОНМК.

При отказе пациента или его законных представителей от госпитализации в РСЦ оформляется письменный информированный отказ от госпитализации.

Не госпитализированные больные с диагнозом ОНМК обеспечиваются медицинской помощью специалистами амбулаторно-поликлинического звена. Информация о не госпитализированных больных передается ГБУЗС «Центр экстренной медицинской помощи» или приемного отделения РСЦ в поликлинику по месту жительства больного с регистрацией факта передачи информации (кто, когда и куда передал и кто, когда принял) в соответствующих журналах: приема больных отказов в госпитализации, активных вызовов.

4. Больные с признаками ОНМК без нарушений витальных функций направляются в смотровой кабинет приемного отделения РСЦ. Дежурный врач-невролог в экстренном порядке, с привлечением, при наличии показаний, врача анестезиолога-реаниматолога проводит следующие мероприятия:

- осмотр пациента;

- оценивает состояние жизненно важных функций организма больного, общее состояние больного, неврологический статус, оценка по шкалам (NIHSS, шкала ком Глазго);

- по медицинским показаниям проводит мероприятия, направленные на восстановление нарушенных жизненно важных функций организма больного с признаками ОНМК;

- организует выполнение электрокардиографии, забора крови для определения количества тромбоцитов, содержания глюкозы в периферической крови, международного нормализованного отношения (далее – МНО), активированного частичного тромбопластинового времени (далее – АЧТВ).

5. Больные с признаками ОНМК с нарушением витальных функций при поступлении в стационар направляются в экстренном порядке в противошоковую палату отделения анестезиологии и реанимации РСЦ. Дежурный врач-невролог в экстренном порядке, совместно с врачом анестезиологом-реаниматологом проводят следующие мероприятия:

- оценивают состояние жизненно важных функций организма больного, общее состояние больного, неврологический статус; по медицинским показаниям проводят мероприятия, направленные на восстановление нарушенных жизненно важных функций организма больного с признаками ОНМК;

- организуют выполнение электрокардиографии, забора крови для определения количества тромбоцитов, содержания глюкозы в периферической крови, международного нормализованного отношения, активированного частичного тромбопластинового времени.

Определение содержания тромбоцитов, глюкозы в периферической крови, МНО, АЧТВ производится в течение 20 минут с момента забора крови, после чего результат передается дежурному врачу-неврологу.

6. После проведения мероприятий, указанных в пункте 5 настоящего Регламента, больной с признаками ОНМК направляется на обследование в кабинет компьютерной томографии (далее – КТ-исследование) или магнитно-резонансной томографии (далее – МРТ-исследование) головного мозга для уточнения диагноза. Заключение по результатам проведения КТ/МРТ-исследования головного мозга передается дежурному врачу-неврологу.

Время с момента поступления больного с признаками ОНМК в приемное отделение до получения дежурным врачом-неврологом заключения КТ/МРТ- исследования головного мозга и исследования крови составляет не более 40 минут.

Дежурный невролог заполняет карту первичного осмотра больного с ОНМК.

При подтверждении диагноза ОНМК больные со всеми типами ОНМК в остром периоде заболевания, в том числе с транзиторными ишемическими атаками, направляются в палату интенсивной терапии (далее – ПИТ) отделения. Время с момента поступления больного в медицинскую организацию до перевода в профильное отделение составляет не более 60 минут.

7. Пациентам от 18 лет с верифицированным ишемическим инсультом в случае, если время от появления первых симптомов заболевания до момента начала лечения не превышает 4,5 часов показано, с учетом противопоказаний, проведение внутривенной тромболитической терапии в условиях ПИТ неврологического отделения, отделения реанимации РСЦ.

Противопоказания к тромболитической терапии:

- признаки тяжелого инсульта: клинические (NIHSS > 25 баллов), и/или по результатам КТ головного мозга и/или МРТ головного мозга

в режиме ДВИ очаг ишемии распространяется на территорию более $\frac{1}{3}$ бассейна СМА;

- нейровизуализационные (КТ, МРТ) признаки внутричерепного кровоизлияния, опухоли мозга; артериовенозной мальформации, абсцесса мозга, разрыва аневризмы церебральных сосудов, либо клинические симптомы внутричерепного кровоизлияния при нормальной КТ головного мозга;

- геморрагический инсульт/внутричерепное (в том числе субарахноидальное) кровоизлияние в настоящее время или в анамнезе;

- заболевания центральной нервной системы в анамнезе (в том числе новообразования, аневризма, хирургическое вмешательство на головном или спинном мозге в течение 3х месяцев);

- предшествующий инсульт или тяжелая ЧМТ в течение 3 месяцев;

- систолическое АД выше 185 мм рт. ст. или диастолическое АД выше 110 мм рт. ст. (при снижении АД во временных рамках терапевтического окна проведение тромболитической терапии возможно);

- обширное кровотечение в настоящее время или в течение предыдущих 6 месяцев;

- обширное хирургическое вмешательство или обширная травма в течение предыдущих 14 дней;

- длительная (>10 мин) или травматичная (>2 мин) сердечно-легочная реанимация;

- беременность, роды в течение 10 предшествующих дней;

- недавняя пункция некомперируемого кровеносного сосуда.

- прием не прямых антикоагулянтов (варфарин), если МНО > 1,3 (при указании на прием прямых пероральных антикоагулянтов выполнение тромболитической терапии возможно при соблюдении определённых условий);

- повышенное АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время) у пациентов, получавших гепарин в течение последних 48 часов

- прием ПОАК (прямые пероральные антикоагулянты) в течение последних 48 часов (возможность применения тромболитической терапии у пациентов, получающих ПОАК, определяется согласно определенному алгоритму);

- гликемия менее 2,8 и более 22,2 ммоль/л (при условии коррекции гликемии во временном диапазоне терапевтического окна выполнение тромболитической терапии возможно);

- тромбоцитопения менее 100 000/мм³;

- известная гиперчувствительность к действующему веществу тромболитика (фибринолитика), гентамицину, повышенная чувствительность к натуральному каучуку или латексу;

- наличие на момент принятия решения о выполнении тромболизиса любого из перечисленных верифицированных диагнозов:

- геморрагический диатез;

-тяжелые заболевания печени, в том числе печеночная недостаточность, цирроз, портальная гипертензия (в том числе варикозное расширение вен пищевода) и активный гепатит;

- бактериальный эндокардит;
- перикардит;
- острый панкреатит;
- подтвержденное обострение язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки в течение последних 3 месяцев (за исключением случаев, когда было подтверждено полное рубцевание язвы);
- артериальные аневризмы, дефекты развития артерий/вен;
- новообразование с повышенным риском развития кровотечения;
- другие заболевания, при которых повышен риск кровотечения.

Применение тромболитической терапии OFF-LABEL.

В случаях необходимости проведения тромболитической терапии пациентам с ишемическим инсультом, не предусмотренных инструкцией к препарату, если потенциальная польза от вмешательства превышает риск, следует оформить обоснование и решение о проведении тромболитической терапии протоколом врачебной комиссии, в исключительных случаях – врачебным консилиумом, в истории болезни, с участием не менее трех специалистов.

Применение препаратов неиммунной стафилокиназы и альтеплазы, у лиц старше 80 лет, в соответствии с инструкциями по медицинскому применению этих препаратов, проводится с осторожностью. У пациентов пожилого возраста (старше 80 лет) независимо от лечения, в сравнении с более молодыми пациентами, может наблюдаться снижение ожидаемой пользы от терапии и повышение риска внутримозгового кровоизлияния, поэтому вопрос о применении тромболитической терапии должен тщательно обдумываться и решаться индивидуально с учетом предполагаемого риска. В целом, соотношение польза/риск тромболизиса у пациентов пожилого возраста остается положительным. Решение о проведении тромболизиса у пациентов с острым ишемическим инсультом должно оцениваться на основе соотношения польза/риск и приниматься на индивидуальной основе. В случаях, когда общий балл по NIHSS составляет 0-4, решение о проведении тромболитической терапии может быть принято при наличии симптомов, приводящих к выраженной инвалидизации, в том числе:

- полная гемианопсия;
- тяжелая афазия;
- гемиигнорирование;
- любые другие очаговые симптомы, которые можно рассматривать как инвалидизирующие для конкретного пациента (в зависимости от характера работы, особенностей образа жизни и т.п.).

Судороги в начале инсульта, наличие в анамнезе инсульта любой этиологии у пациентов с сахарным диабетом, в соответствии с международными клиническими рекомендациями, более не считается противопоказанием к тромболитической терапии.

8. Вопрос необходимости проведения церебральной ангиографии, стентирования сосудов головного мозга, внутрисосудистой тромбэктомии (механическая тромбоэкстракция, тромбоаспирация) решают: ответственный невролог, нейрохирург, врач по рентгенэндоваскулярным методам диагностики и лечения. При решении вопроса в пользу проведения эндоваскулярного лечения, тромболитическая терапия может продолжаться и при проведении тромбэкстракции. После проведения эндоваскулярного лечения врач ПИТ обеспечивает выполнение повторной нейровизуализации через 24 часа для выяснения возможных геморрагических осложнений. Пациентам, у которых по заключению КТ/МРТ-исследования установлены признаки геморрагического инсульта, проводится консультация нейрохирурга в срок не позднее 60 минут с момента получения результатов КТ-исследования по итогам которой консилиумом врачей принимается решение о тактике лечения.

9. В соответствии с результатами ультразвукового исследования при выявлении гемодинамически значимых стенозов ветвей дуги аорты (>60% просвета сосуда) или при наличии множественных поражений ветвей дуги аорты в первые 24 часа проводится всем пациентам с верифицированным ишемическим инсультом КТ-исследование с контрастированием магистральных артерий или церебральная рентгеноконтрастная ангиография (ангиография ветвей дуги аорты и интрацеребральных артерий).

При выявлении критических стенозов внутренней сонной артерии (>60%), а также множественных стенозов ветвей дуги аорты, вызывается дежурный сосудистый хирург или нейрохирург больницы для решения вопроса о ранней реваскуляризации в комплексе методов вторичной профилактики ишемического инсульта в сроки от 3-5 часов и до 14 суток, в зависимости от степени готовности пациента к вмешательству – сроки определяются консилиумом, с участием дополнительно специалистов по необходимости и их заключения (контактные лица: Табакман Сергей Витальевич – заведующий неврологическим отделением для лечения пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения РСЦ (тел. (8692) 55-54-35), Малышев Олег Брониславович – заведующий отделением нейрохирургии РСЦ, (тел. (8692) 55-71-43), Калинин Виктор Дмитриевич – заведующий кардиохирургическим отделением РСЦ (тел. (8692) 41-79-47).

В период от 6 час до 24 час от момента развития ишемического инсульта при наличии на ангиографии сосудов головного мозга окклюзии ВСА, СМА (M1-M2) сегмента показано проведение КТ-перфузии. При соответствии результатов КТ – перфузии к показаниям выполнения тромбэкстракции в период от 6 час до 24 час консультация эндоваскулярного хирурга.

Этап хирургической сосудистой реконструктивной операции по устранению стенозов выполняется нейрохирургом или сосудистым хирургом в остром периоде ишемического инсульта с последующим наблюдением пациента совместно с неврологом в отделении нейрохирургии либо отделении кардиохирургии.

10. Спустя 4-5 суток в остром периоде ишемического инсульта после вмешательства больной возвращается в отделение неврологии для больных с ОНМК. Медикаментозные методы лечения, направленные на предотвращение развития повторных ОНМК, продолжаются при этом непрерывно на всех этапах под наблюдением невролога.

Больным со злокачественным инфарктом в бассейне средней мозговой артерии в первые 24 часа от начала развития заболевания проводится консультация нейрохирурга, по итогам которой консилиумом врачей принимается решение о тактике лечения.

Длительность пребывания больного с ОНМК в палате интенсивной терапии (ПИТ) неврологического отделения определяется тяжестью состояния больного, но не может быть менее 24 часов, необходимых для определения патогенетического варианта ОНМК, тактики ведения и проведения мероприятий, направленных на предотвращение повторного развития ОНМК. В ПИТ неврологического отделения в течение 3 часов с момента поступления каждому больному с ОНМК проводятся:

- оценка неврологического статуса, в том числе с использованием оценочных;
- оценка соматического статуса;
- оценка нутритивного статуса;
- лабораторные исследования крови (развернутый общий анализ, биохимический анализ, коагулограмма) и общий анализ мочи;
- дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных сосудов;
- дуплексное, транскраниальное сканирование; определение тактики ведения и назначение необходимых мероприятий, направленных на предотвращение повторного развития ОНМК.

В ПИТ неврологического отделения в течение всего срока пребывания каждому больному с ОНМК проводятся:

- мониторинг неврологического статуса (не реже чем 1 раз в 4 часа, при необходимости чаще);
- мониторинг соматического статуса, включающий контроль за функцией сердечно-сосудистой, дыхательной системы и системы гомеостаза (не реже чем 1 раз в 4 часа, при необходимости чаще);
- мониторинг лабораторных показателей;
- мероприятия по предупреждению соматических осложнений, повторного развития ОНМК;
- оценка нутритивного статуса;
- ранняя медицинская реабилитация.

В случае необходимости проведения больному искусственной вентиляции легких длительностью более 7 суток при наличии сопутствующей патологии, влияющей на тяжесть состояния, по окончании острого периода инсульта, больной по решению консилиума врачей переводится в отделение общей анестезиологии и реанимации ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова».

Мероприятия по предупреждению развития повторного ОНМК проводятся не позднее 3 суток с момента развития ОНМК и включают медикаментозные и хирургические (при наличии медицинских показаний) методы лечения. Медикаментозные методы лечения, направленные на предотвращение развития повторных ОНМК, продолжают непрерывно после завершения оказания медицинской помощи в стационарных условиях под наблюдением медицинских работников медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

Комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных вследствие ОНМК функций нервной системы, проводится мультидисциплинарной бригадой специалистов в составе врача ФРМ, врача по медицинской реабилитации, логопеда, медицинского психолога, инструктора по лечебной физкультуре, и, при наличии медицинских показаний, иных специалистов с первого дня оказания медицинской помощи в отделении и продолжается после выписки больного из отделения в медицинском подразделении, оказывающем восстановительное лечение.

При определении дальнейшей тактики оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях и медицинской реабилитации больного, перенесшего ОНМК, рекомендуется оценивать уровень его мобильности по шкале ШРМ. Больные с ОНМК, имеющие существенно ограниченные физические или психические возможности и нуждающиеся в интенсивной симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе направляются в медицинские организации на паллиативные койки.

11. Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия пациентов с ОНМК в зависимости от балла по шкале реабилитационной маршрутизации (далее - ШРМ) при выписке:

Маршрутизация пациентов со значением ШРМ 2-3 балла – на третий этап медицинской реабилитации в ФГБНУ «Научный центр неврологии, многопрофильный клинико-диагностический центр».

Маршрутизация пациентов со значением ШРМ 4-5 баллов – на второй этап медицинской реабилитации пациенты направляются в отделение медицинской реабилитации ГБУЗС «Севастопольская городская больница № 9».

Маршрутизация пациентов со значением ШРМ 4-6 баллов – на второй этап медицинской реабилитации пациенты направляются в ГБУЗС «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова», ГБУЗС «Севастопольская городская больница № 9».

12. Контактные данные ответственных лиц:

- Табакман Сергей Витальевич – заведующий неврологическим отделением для лечения пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения РСЦ (тел. (8692) 55-54-35),

- Малышев Олег Брониславович – заведующий отделением нейрохирургии РСЦ (тел. (8692) 55-71-43),

- Калинин Виктор Дмитриевич – заведующий кардиохирургическим отделением РСЦ (тел. (8692) 41-79-47).

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

1. Перечень медицинских организаций, проводящих выявление стенотического поражения экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий методами скринингового ультразвукового обследования и/или компьютерно-томографической ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий:

В амбулаторных условиях:

- поликлиника № 2 ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», ул. Ерошенко, 11;
- поликлиника № 3 ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», ул. Б. Михайлова, 4;
- филиал №1 поликлиники № 4 ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», ул. Супруна, 19;
- филиал №1 поликлиники № 4 ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова" ул. Силаева, 3;
- филиал №2 поликлиники № 5 ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», ул. Будищева, 9;
- филиал №2 поликлиники № 5 ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», пл. Геннериха, 1;
- взрослая поликлиника ГБУЗС «Городская больница № 4», ул. Леваневского, 25;
- взрослая поликлиника (Инкерман) ГБУЗС «Севастопольская городская больница № 9», ул. Умрихина, 16;
- взрослая поликлиника ГБУЗС «Севастопольская городская больница № 9», ул. Мира, 5.

Медицинская организация проводящая выявление стенотического поражения экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий, в стационарных условиях – РСЦ ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова».

2. В городе Севастополе специализированная медицинская помощь пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий, осуществляется в ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова».

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

3.1. Скрининговое ультразвуковое обследование брахиоцефальных артерий с целью выявления окклюзионно-стенотического поражения брахиоцефальных артерий.

3.2. При выявлении по данным скринингового ультразвукового обследования окклюзионно-стенотического поражения экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий при необходимости проводится компьютерно-томографическая ангиография брахиоцефальных и церебральных артерий.

3.3. Проведение компьютерно-томографической ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий осуществляется в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

3.4. При выявлении у пациентов показаний для проведения оперативного вмешательства по данным обследования пациент направляется в медицинскую организацию, имеющую в составе отделения, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологическую медицинскую помощь.

4. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам со stenotическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий на этапе первичной медико-санитарной помощи:

4.1. Скрининговое ультразвуковое обследование брахиоцефальных артерий с целью выявления окклюзионно-стенотического поражения брахиоцефальных артерий.

4.2. При выявлении по данным скринингового ультразвукового обследования окклюзионно-стенотического поражения экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий при необходимости проводится компьютерно-томографическая ангиография брахиоцефальных и церебральных артерий.

4.3 Проведение компьютерно-томографической ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий осуществляется в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

4.4. При выявлении у пациентов показаний для проведения оперативного вмешательства по данным обследования пациент направляется в медицинскую организацию, имеющую в составе отделения, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологическую медицинскую помощь.

5. Контактные данные ответственных лиц:

- Малышев Олег Брониславович – заведующий отделением нейрохирургии РСЦ, главный внештатный специалист нейрохирург Департамента здравоохранения города Севастополя (тел. (8692) 55-71-43),

- Калинин Виктор Дмитриевич – заведующий кардиохирургическим отделением РСЦ (тел. (8692) 41-79-47),

- Табакман Сергей Витальевич – заведующий неврологическим отделением для лечения пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения РСЦ (тел. (8692) 55-54-35).

Приложение № 6
УТВЕРЖДЕН
приказом Департамента
здравоохранения города Севастополя
от « 14 » 10.2025 № 921

Регламент маршрутизации пациентов с острой и критической ишемией конечности

С целью совершенствования оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», Клиническими рекомендациями «Острая ишемия конечностей» от 2024 года, приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 № 143н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-сердечно-сосудистый хирург».

I. Маршрутизация больных сердечно-сосудистого профиля по экстренным показаниям производится в РСЦ ГБУЗС «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова», в структуре которого организовано кардиохирургическое отделение с палатами интенсивной терапии (далее – ПИТ).

Зона ответственности: Балаклавский район, Гагаринский район, Ленинский район, Нахимовский район.

Численность взрослого населения в зоне ответственности РСЦ, составляет 550 000 человек.

Общее количество специализированных коек составляет 5, из них в отделении кардиохирургии – 5.

На территории РСЦ расположены 2 рентгенангиографические установки с режимом работы 24/7, 3 операционные для выполнения открытых хирургических вмешательств.

При обращении пациента в службу скорой медицинской помощи (далее – СМП) с жалобами на:

- боли в конечности, чувство онемения, похолодания;
- изменение окраски кожных покровов, синюшный или мраморный оттенок;

Диспетчер станции скорой медицинской помощи должен уточнить следующие вопросы:

- сколько времени прошло от начала возникновения боли;
- характер боли;
- локализацию боли;
- был ли установлен ранее диагноз: «Атеросклероз конечностей».

Для отбора пациентов с ОИК бригадой СМП проводится осмотр пациента согласно общеврачебным принципам дифференциальной диагностики.

Все пациенты с ОИК/КИНК и подозрением доставляются в РСЦ среднее время медицинской эвакуации пациента с ОИК в зоне ответственности составляет не более 90 минут.

Бригада СМП должна оповестить приемное отделение РСЦ о транспортировке больного с подозрением на ОИК/КИНК.

II. Модель внутригоспитальной и межгоспитальной маршрутизации:

1. Оказание специализированной помощи осуществляется на койках сосудистой хирургии кардиохирургического отделения РСЦ.

2. В случае, если у пациента, при невозможности выполнить реваскуляризирующую операцию и отсутствием клинического эффекта от консервативного лечения, имеется сочетанная патология, по которой профиль оказания помощи осуществляется только на территории ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», первичная ампутация конечности выполняется в условиях дежурного отделения хирургии, после консультации сосудистого врача-хирурга.

3. Пациенты с клиникой ишемии конечности, при невозможности выполнить реваскуляризирующую операцию и отсутствием клинического эффекта от консервативного лечения, после консультации сердечно-сосудистого хирурга РСЦ направляются в хирургическое отделение ГБУЗС «Городская больница № 4».

III. Алгоритм диагностики и оказания медицинской помощи:

1. Догоспитальный этап:

Антикоагулянтная терапия при обоснованном подозрении на ОИК должна быть начата до инструментальной верификации диагноза. Антикоагулянтная терапия при подозрении на КИНК до инструментальной верификации диагноза проводится на усмотрение лечащего врача. Пациент должен получить адекватное обезболивание в рамках первичного осмотра бригадой СМП.

2. Госпитальный этап:

Приёмный покой РСЦ ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова»:

- осмотр сердечно-сосудистого хирурга, в случае отсутствия сердечно-сосудистого хирурга, осмотр и назначения дообследования выполняется дежурным врачом-хирургом до прихода сосудистого хирурга;

- для подтверждения диагноза и оценки степени ишемии предусмотреть выполнение комплекса лабораторных исследований, включая общий и биохимический анализы крови (с оценкой уровня креатинфосфокиназы (КФК), миоглобина (МБ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), креатинина, глюкозы), коагулограмму (АЧТВ, ПТИ, фибриноген, МНО), дополнительные исследования;

- инструментальная диагностика: ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) дуплексное сканирование артерий конечностей, а при необходимости — КТ-ангиографию для уточнения уровня и характера окклюзии.

Если диагноз ОИК не вызывает сомнений, возможно назначение КТ-ангиографии без предварительного проведения УЗИ артерий конечностей, дополнительные исследования;

- сердечно-сосудистый хирург определяет показания к операции (реваскуляризации или ампутации) на основании степени и этиологии ОИК, индивидуальной оценки операционного риска, перспектив сохранения функциональной и опороспособной конечности, среднеотдаленной выживаемости и технической возможности с учетом принципов информированного согласия.

3. Амбулаторный этап:

Пациент выписывается из стационара под наблюдение врача-хирурга, терапевта и кардиолога по месту жительства.

В случае проведения ампутации, пациент направляется на консультацию к терапевту, ортопеду-травматологу для оказания протезно-ортопедической помощи в сочетании с мероприятиями по медицинской и социальной реабилитации.

Перечень медицинских организаций, проводящих выявление стенотического или окклюзирующего поражения артерий методами скринингового ультразвукового обследования, осуществляющих консультацию пациентов с перенесенной ОИК:

- поликлиника № 2 ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», ул. Ерошенко, 11;
- поликлиника № 3 ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», ул. Б. Михайлова, 4;
- филиал №1 поликлиники № 4 ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», ул. Супруна, 19;
- филиал №1 поликлиники № 4 ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова" ул. Силаева, 3;
- филиал №2 поликлиники № 5 ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», ул. Будищева, 9;
- филиал №2 поликлиники № 5 ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», пл. Геннериха, 1;
- взрослая поликлиника ГБУЗС «Городская больница № 4», ул. Леваневского, 25;
- взрослая поликлиника (Инкерман) ГБУЗС «Севастопольская городская больница № 9», ул. Умрихина, 16;
- взрослая поликлиника ГБУЗС «Севастопольская городская больница № 9», ул. Мира, 5.

IV. Алгоритм взаимодействия медицинских организаций и служб, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ОИК, включая межрегиональное взаимодействие с медицинскими организациями регионального и федерального уровней:

- при необходимости оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности перевода в специализированное отделение федерального уровня либо медицинской эвакуации, сердечно-сосудистый хирург организует консультацию дистанционно с федеральным медицинским центром;

- при выявлении пациента с подозрением на ОИК на догоспитальном этапе или в медицинской организации, не имеющей возможности проведения ангиографии в круглосуточном режиме, провести клиническую оценку степени ишемии конечностей (классификация Затевахина И.И. и Резерфорда Р.), а также диагностическую визуализацию (УЗИ артерий конечностей и/или мультиспиральную компьютерную томографию(далее – 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 сердечно-сосудистого хирурга, врача по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению дистанционно с применением телемедицинских технологий;

- врач-специалист медицинских организаций по месту нахождения пациента осуществляет выбор оптимального способа транспортировки (специализированная СМП, санитарная авиация и др.) в зависимости от тяжести состояния пациента и удаленности медицинской организации, условия транспортировки (в положении лежа), надлежащее обезболивание и инфузионную терапию; в обязательном порядке осуществляется мониторинг ЭКГ, ЧСС, SatO₂, надлежащая антикоагулянтная терапия: в/в инфузия раствора гепарина.

Контактные данные ответственных лиц:

- Юрий Михайлович Захаров - руководитель РСЦ (тел. +7 (8692)41-79-57);

- Калинин Виктор Дмитриевич - заведующий кардиохирургическим отделением РСЦ (тел. (8692) 41-79-47).

Приложение № 7
УТВЕРЖДЕН
приказом Департамента
здравоохранения города Севастополя
от « 14 » 10, 2025 № 921

Регламент маршрутизации пациентов с тромбозом глубоких вен (далее – ТГВ) и профилактики венозных тромбоэмболических осложнений (далее – ВТЭО), тромбофлебитом подкожных вен (далее – ТФПВ)

С целью совершенствования оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 года № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», Национальным Стандартом Российской Федерации, Рекомендации российских экспертов по профилактики, диагностики и лечению тромбоза глубоких вен от 2023 года, Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.08.2022 года № 559н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при флебите и тромбофлебите поверхностных сосудов (диагностика и лечение)», в соответствии с Клиническими Рекомендациями от 27.08.2021 года «Флебит и тромбофлебит поверхностных сосудов» (код по МКБ 10: I80.0, I80.8, I82.1, O22.2, O87.0) вводится следующий регламент:

1. Медицинская помощь пациентам с ТГВ и ТФПВ оказывается в виде:
 - 1) первичной медико-санитарной помощи;
 - 2) скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
 - 3) специализированной медицинской помощи.
2. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается больным с ТГВ и ТФПВ вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях медицинской организации.
3. При обращении пациента за медицинской помощью, врач проводит сбор анамнеза, установление времени начала признаков ТГВ, физикальное обследование.
4. Критерием диагноза ТГВ в системе нижней поллой вены служит сочетание возникших внезапно симптомов (ощущение тяжести в конечности, отек голени и/или бедра, с или без боли в конечности), и инструментальных данных (ультразвуковых) о наличии тромботических масс в просвете глубоких вен. Вероятность ТГВ нижних конечностей по клиническим данным оценивается с помощью индекса Wells (см. Приложение 3).

5. Антикоагулянтная терапия при обоснованном подозрении на ТГВ должна быть начата до инструментальной верификации диагноза. При отсутствии симптомов ТГВ достаточным критерием диагноза служит инструментально подтвержденное наличие тромботических масс в просвете глубоких вен у пациента из группы риска венозных тромбоэмболических осложнений.

Госпитализация больного с ТГВ выполняется в соответствии с Приложением 1 к настоящему регламенту.

6. ТГВ в системе верхней полой вены характеризуется: отеком верхней конечности; отеком лица, шеи; цианозом кожных покровов и усилением рисунка подкожных вен; распирающей болью в конечности.

7. При обследовании пациента с ТГВ рекомендуется целенаправленный поиск симптомов ТЭЛА, тщательный осмотр пациента и оценка состояния обеих нижних конечностей. Симптомы ТЭЛА неспецифичны. Наиболее часто ТЭЛА подозревают при наличии у пациента одышки, боли за грудиной, предсинкопального состояния или обморока, кровохарканья, нестабильности гемодинамики. В ряде случаев ТЭЛА может быть бессимптомной. У пациентов вероятность ТЭЛА оценивают при помощи индексов Geneva и/или Wells. (см. Приложение 4). Соответствие всем критериям позволяет исключить тромбоэмболию легочной артерии у лиц с ее низкой вероятностью. При подозрении на ТЭЛА лечащий врач оповещает дежурного кардиолога РСЦ ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» для координации дообследования и определения тактики лечения, согласно тяжести состояния пациента и алгоритма Приложения 2.

8. Врач либо фельдшер, выявивший признаки ТГВ либо ТФПВ, направляет пациента на ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДАС) вен нижних или верхних конечностей в экстренном порядке.

Перечень медицинских организаций, проводящих выявление тромбозов глубоких вен методами скринингового ультразвукового обследования:

В амбулаторных условиях:

- поликлиника № 2 ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», ул. Ерошенко, 11;
- поликлиника № 3 ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», ул. Б. Михайлова, 4;
- филиал № 1 поликлиники № 4 ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», ул. Супруна, 19;
- филиал № 1 поликлиники № 4 ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», ул. Силаева, 3;
- филиал № 2 поликлиники № 5 ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», ул. Будищева, 9;
- филиал № 2 поликлиники № 5 ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», пл. Геннериха, 1;
- взрослая поликлиника ГБУЗС «Городская больница № 4», ул. Леваневского, 25;

- взрослая поликлиника (Инкерман) ГБУЗС «Севастопольская городская больница № 9», ул. Умрихина, 16;

- взрослая поликлиника ГБУЗС «Севастопольская городская больница № 9», ул. Мира, 5.

Медицинская организация, проводящая выявление тромбоза глубоких вен, в стационарных условиях – ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», ГБУЗС «Городская больница № 4», ГБУЗС «Городская больница № 9».

При отсутствии возможности проведения УЗДАС вен, выполняется первичный осмотр врачом либо фельдшером, выявившим ТГВ, и формируется направление для проведения консультации сердечно-сосудистого хирурга РСЦ ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» в экстренном порядке, вызывается бригада скорой медицинской помощи. В осмотре указывается причина, по которой не выполнено УЗДАС вен. Копия осмотра и направление выдается на руки пациенту.

УЗДАС должно быть выполнено в первые 15 минут с момента попадания пациента в приёмный покой РСЦ ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», основанием выполнения является осмотр врача либо фельдшера, выявившего ТГВ. Медицинский регистратор приёмного покоя информирует дежурного сердечно-сосудистого хирурга либо хирурга и врача-ультразвуковой диагностики о поступлении в приёмный покой данного пациента незамедлительно с момента обращения.

9. После выполнения УЗДАС вен нижних и/или верхних конечностей, если данных за ТГВ не выявлено, пациенту проводит осмотр врач-хирург. В случае подтвержденного диагноза ТГВ по УЗДАС вен конечностей консультацию проводит врач сердечно-сосудистый хирург РСЦ ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» либо врач хирург.

10. При невозможности выполнения в экстренном порядке УЗДС вен у пациентов с клиническими признаками ТГВ (отек конечности, цианоз кожного покрова пораженной конечности (венозная флегмазия), усиление рисунка подкожных вен, боли распирающего характера в конечности или икроножных мышцах, снижение подвижности конечности за счет отека и болевого синдрома, болезненность по ходу сосудисто-нервного пучка) рекомендуется направить пациента на госпитализацию и дообследование в стационар хирургического профиля по месту жительства.

Маршрутизация больных по скорой медицинской помощи с клиникой ТГВ производится в ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», в структуре которой организовано кардиохирургического отделения с палатами интенсивной терапии, общее количество специализированных коек сосудистой хирургии составляет 5, из них в отделении кардиохирургии – 5.

Помимо специализированных коек сосудистой хирургии ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» располагает

хирургическими койками, ГБУЗС «Городская больница № 4», ГБУЗС «Городская больница № 9», также располагают хирургическими койками, на которых может проводится дообследование и лечение пациентов в случае отсутствия мест в отделении кардиохирургии.

11. Рекомендуются направлять на госпитализацию пациентов с ТГВ, имеющих высокий риск развития осложнений.

К факторам риска развития осложнений, ограничивающим амбулаторное лечение ТГВ, относят: пожилой возраст, хроническое заболевание легких, почечную недостаточность, анемию, лейкоцитоз, недавно перенесенное большое кровотечение, недавнюю иммобилизацию длительностью ≥ 4 дней, повторный эпизод ВТЭО, проксимальную локализацию ТГВ. К дополнительным факторам риск относят протяженный ТГВ, подозрение на ТЭЛА или высокий риск развития ТЭЛА, беременность, наличие противопоказаний к введению антикоагулянтов, сопутствующие заболевания, являющиеся показанием к госпитализации сами по себе, низкая доступность медицинской помощи (невозможность динамического наблюдения и экстренной госпитализации в случае возникновения осложнений), социальные факторы, затрудняющие амбулаторное лечение (одинокое проживание, отсутствие семейной поддержки, вероятная низкая комплаентность).

12. Рекомендуются лечение в амбулаторных условиях для пациентов с низким риском осложнений. Существуют специальные шкалы для оценки риска развития осложнений при амбулаторном лечении ТГВ.

13. Тактика лечения и оценка факторов, способных повлиять на исход заболевания, проводится лечащим специалистом индивидуально либо путём консилиума. Госпитализация и лечение пациентов проводится в хирургическом отделении по месту жительства при отсутствии показаний к оперативному лечению (в т.ч. установке кава-фильтра) и отсутствии клиники ТЭЛА либо в профильном отделении, в котором данное состояние развилось на фоне основного диагноза.

14. Рутинное использование мер хирургической профилактики ТЭЛА считается в настоящее время неоправданным, в том числе имплантации кава-фильтра. Хирургическое лечение может быть рассмотрено при невозможности применения адекватных доз антикоагулянтов, из-за высокого риска геморрагических осложнений, возникновении ВТЭО на фоне адекватного лечения антикоагулянтами, рецидивирующей массивной ТЭЛА со значительным остаточным перфузионным дефицитом.

15. Во время лечения на амбулаторном этапе и в условиях стационара пациентов с высоким риском развития ВТЭО, а также у пациентов с высоким риском кровотечений при антикоагулянтной терапии рекомендована консультация сосудистого хирурга РСЦ ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова».

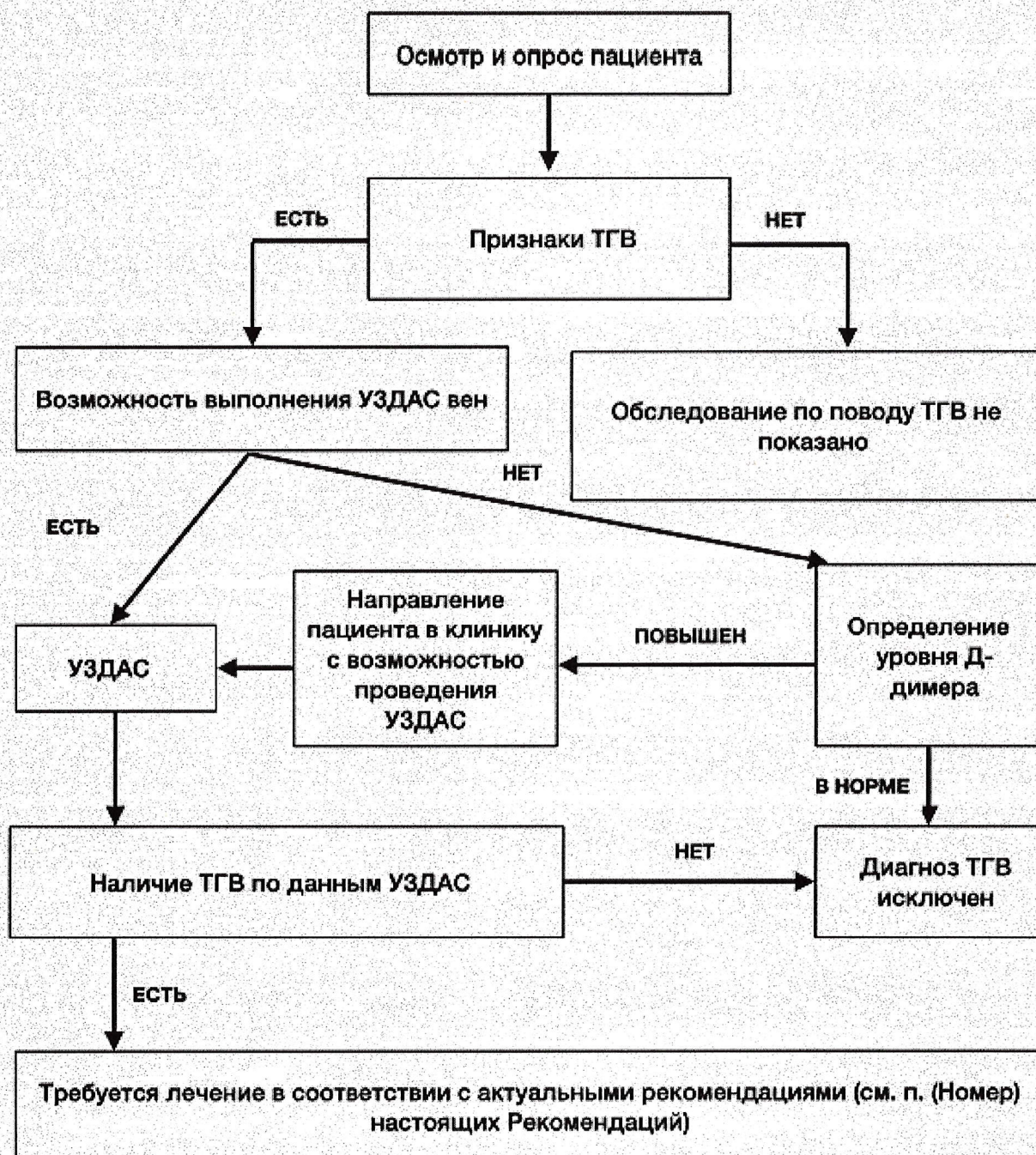
16. Тактика лечения пациента выбирается в зависимости от степени риска прогрессирования ТГВ и развития ТЭЛА, согласно актуальным клиническим рекомендациям, с учетом сопутствующих заболеваний.

17. Решение о выписке пациентов с ТГВ из стационара и перевода на амбулаторное лечение должно приниматься индивидуально врачом-хирургом либо врачом сердечно-сосудистым хирургом, исходя из отсутствия отрицательной динамики и нивелирования угрозы развития тромбоэмболических осложнений, а также наличия возможности пролонгирования антикоагулянтной терапии в амбулаторных условиях.

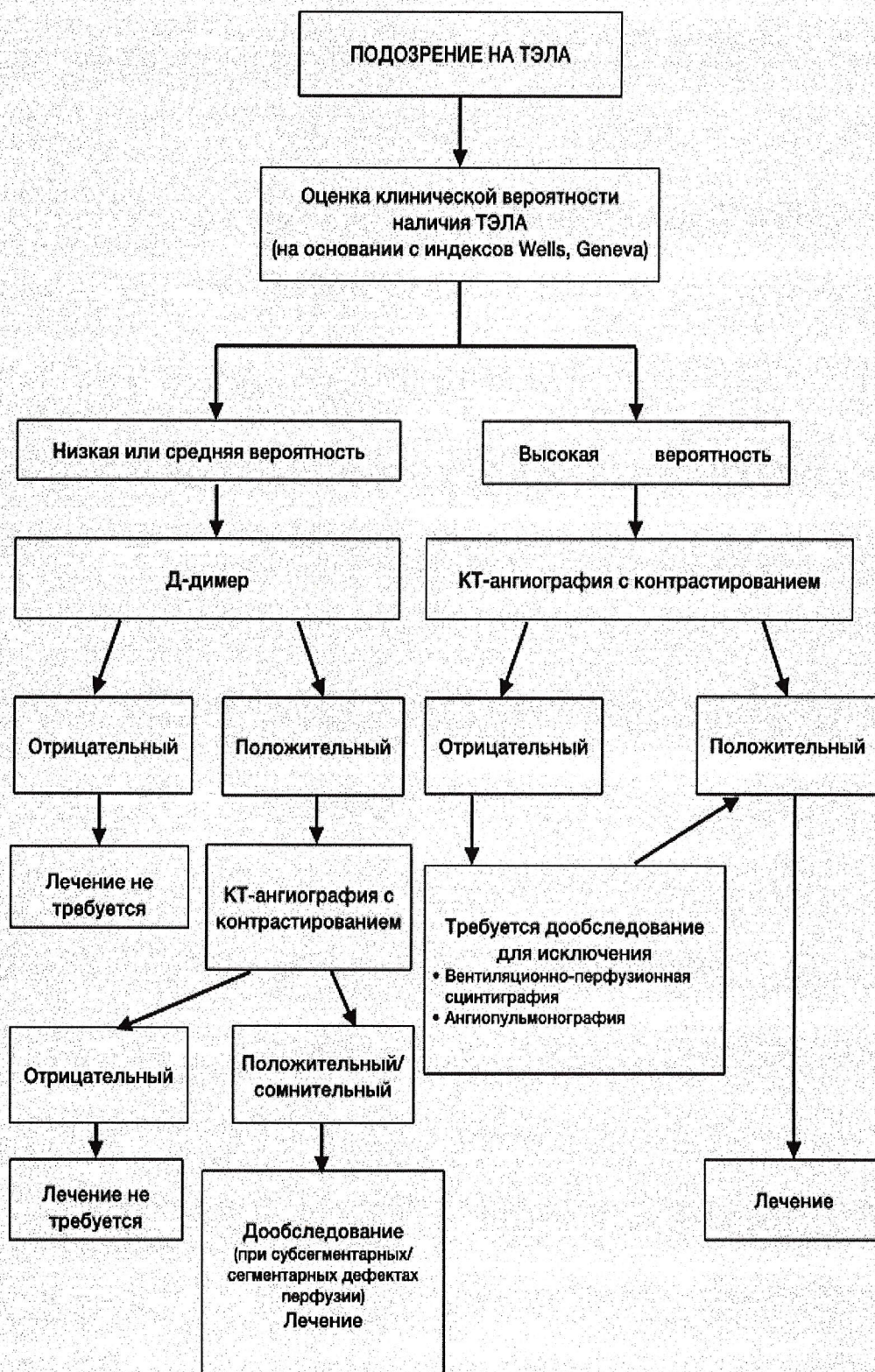
18. Амбулаторные пациенты с ТГВ подлежат регулярному наблюдению хирурга до момента прекращения антикоагулянтной терапии.

19. Всем пациентам с тромбозом глубоких вен и/или венозными тромбоэмболическими осложнениями, ранее не состоявшим на диспансерном учёте у онколога и/или гематолога, на амбулаторном этапе рекомендуется консультация терапевта и онколога после выписки из стационара.

Приложение № 1
к Регламенту маршрутизации
пациентов с тромбозом глубоких вен
и профилактики венозных
тромбоэмболических осложнений,
тромбофлебитом подкожных вен



Приложение № 2
к Регламенту маршрутизации
пациентов с тромбозом глубоких вен
и профилактики венозных
тромбоэмболических осложнений,
тромбофлебитом подкожных вен



Приложение № 3
к Регламенту маршрутизации
пациентов с тромбозом глубоких вен
и профилактики венозных
тромбоэмболических осложнений,
тромбофлебитом подкожных вен

Вероятность ТГВ нижних конечностей по клиническим данным:
индекс Wells

Признак	Количество баллов
Активное злокачественное новообразование (в настоящее время или в предшествующие 6 мес)	+1
Паралич или недавняя иммобилизация нижней(их) конечности(ей) с помощью гипса	+1
Постельный режим 3 и более суток или крупная операция до 3 мес	+1
Болезненность при пальпации по ходу глубоких вен	+1
Отек всей ноги	+1
Разница в отеке икр более 3 см на уровне 10 см ниже tibial tuberosity	+1
Отек с ямкой на больной ноге	+1
Расширенные коллатеральные поверхностные вены (не варикоз)	+1
Документированный ТГВ в анамнезе	+1
Другой диагноз как минимум столь же вероятен	-2
Вероятность наличия ТГВ нижних конечностей:	Сумма баллов
низкая (около 3%)	0
средняя (около 17%)	1-2
высокая (около 75%)	3

Приложение № 4
к Регламенту маршрутизации
пациентов с тромбозом глубоких вен
и профилактики венозных
тромбоэмболических осложнений,
тромбофлебитом подкожных вен

Вероятность наличия ТЭЛА по клиническим данным: шкала Уэллса (Wells)

Показатель	Оригинальная версия (количество баллов)	Упрощенная версия (количество баллов)
Предрасполагающие факторы		
Субъективные симптомы: Кровохарканье	1,5	1
Объективные симптомы ЧСС ≥ 100 /мин Симптомы ТГВ	1,5 3	1 1
Клиническая оценка: другой диагноз менее вероятен, чем ТЭЛА	3	1
Интерпретация		
клиническая вероятность (3 уровня, оригинальная версия шкалы) — сумма баллов: низкая 0–1, умеренная 2–6, высокая ≥ 7		
клиническая вероятность (2 уровня, оригинальная версия) — сумма баллов: ТЭЛА маловероятна 0–4, ТЭЛА вероятна >4		
клиническая вероятность (2 уровня, упрощенная версия) — сумма баллов: ТЭЛА маловероятна 0–1, ТЭЛА вероятна ≥ 2		

Приложение № 5
к Регламенту маршрутизации
пациентов с тромбозом глубоких вен
и профилактики венозных
тромбоэмболических осложнений,
тромбофлебитом подкожных вен

Прогностическая шкала для оценки риска развития осложнений
при амбулаторном лечении ТГВ

Фактор риска	Баллы
Хроническая сердечная недостаточность	1
Расчетная скорость клубочковой фильтрации 30-60 мл/мин	1
Расчетная скорость клубочковой фильтрации <30 мл/мин	3
Недавнее большое кровотечение	1
Уровень тромбоцитов <100 или >450	1
Предшествующая иммобилизация ≥ 4 дня	1
Рак без метастазов	1
Рак с метастазами	2
Риск развития осложнений в течение 7 дней*	Сумма баллов
0,37%	0-1
3,40%	≥ 2

*Включают ТЭЛА, большое кровотечение и летальный исход

Регламент оказания медицинской помощи больным с флебитом и тромбофлебитом подкожных вен

1. При обращении пациента за медицинской помощью, врач либо фельдшер проводит сбор анамнеза, установление времени начала признаков ТФПВ, физикальное обследование. При отсутствии признаков ТФПВ (болезненное уплотнение с покраснением кожи и местным повышением её температуры в области расположения варикозных узлов или крупных подкожных вен, шнуровидный, болезненный тяж по ходу вены) обследование на ТФПВ не показано. Госпитализация больного с ТФПВ выполняется в соответствии с Приложением 1 к настоящему алгоритму.

2. Врач либо фельдшер, выявивший признаки ТФПВ направляет пациента на ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) вен нижних или верхних конечностей в экстренном порядке. При ультразвуковом исследовании обязательно точно указать проксимальную границу поражения, отметить наличие/отсутствие варикозной или посттромботической болезни.

3. После выполнения УЗДС вен нижних и/или верхних конечностей пациенту проводит осмотр врач-хирург амбулаторно в экстренном порядке, который определяет стадию ТФПВ и степень риска перехода тромба на глубокие вены в соответствии с Приложением 2.

4. При невозможности выполнения в экстренном порядке УЗДС вен у пациентов с острой стадией ТФПВ с клиническими признаками острого воспаления, достигающими средней трети бедра в системе большой подкожной вены (БПВ) и/или верхней трети голени в системе малой подкожной вены (МПВ), рекомендуется направить пациента на госпитализацию в стационар хирургического профиля с копией осмотра врача либо фельдшера, выявившего ТФПВ.

5. Показаниями к госпитализации при тромбозе поверхностных вен являются высокий риск перехода тромба на глубокие вены в стадию острого ТФПВ и гнойный тромбофлебит. При инструментальном подтверждении или клинических признаках прогрессирования ТФПВ в любой стадии ТФПВ рекомендуется рассмотреть целесообразность госпитализации.

6. Во всех остальных случаях решение о госпитализации должно приниматься индивидуально с учетом риска прогрессирования тромбоза и развития тромбоэмболии легочных артерий, стадии заболевания, возможностей проведения адекватной терапии в амбулаторных условиях, приверженности пациента назначениям, а также возможности динамического клинического и ультразвукового контроля за течением заболевания. Оценка перечисленных и других факторов, способных повлиять на исход заболевания, проводится лечащим специалистом индивидуально.

Госпитализация и лечение пациентов проводится в хирургическом отделении.

7. Наличие хотя бы одного фактора риска геморрагических осложнений по критериям Российского общества акушеров-гинекологов (РОАГ) (Приложение 3) является показанием для госпитализации при ТФПВ во время беременности и в послеродовом периоде. Во время беременности и в послеродовом периоде действительны также общие для пациентов с ТФПВ показания к госпитализации: высокий риск перехода тромба на глубокие вены в острый период ТФПВ; гнойный тромбофлебит. Госпитализация пациенток во время беременности и в послеродовом периоде проводится в профильное отделение.

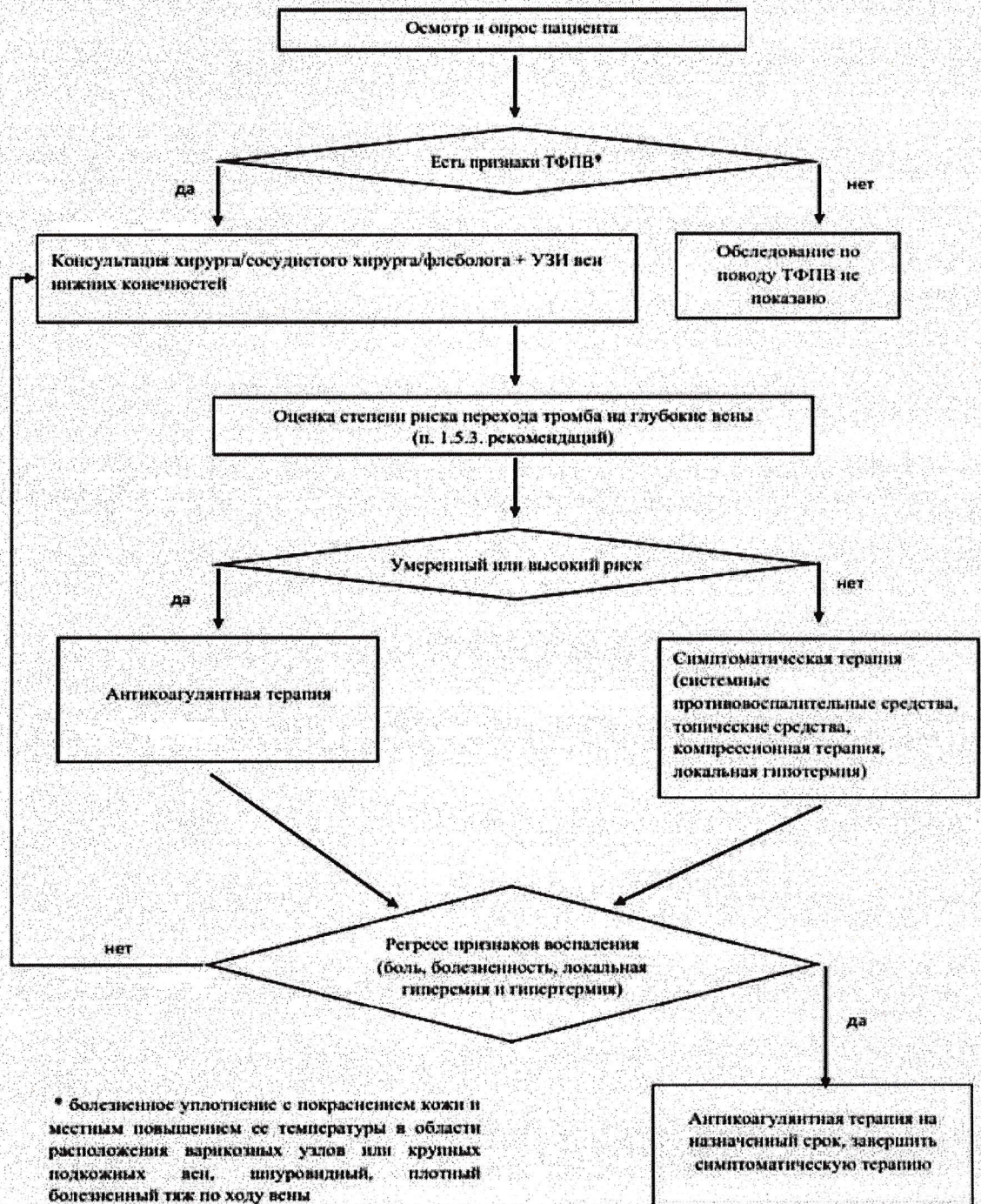
8. Во время лечения на амбулаторном этапе и в условиях стационара пациентов с прогрессированием тромбоза, высоким риском развития тромбоза глубоких вен или тромбоэмболии легочных артерий, а также у пациентов с высоким риском кровотечений при антикоагулянтной терапии рекомендована консультация сосудистого хирурга РСЦ ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова».

9. Тактика лечения пациента выбирается в зависимости от степени риска перехода тромба на глубокие вены и стадии ТФПВ, согласно актуальным клиническим рекомендациям, с учетом сопутствующих заболеваний.

10. Показанием к выписке из стационара является отсутствие прогрессирования ТФПВ и стихание проявлений острого воспаления на фоне проводимой антикоагулянтной или симптоматической терапии.

11. Перенесенный ТФПВ не требует диспансерного наблюдения. В случае варикотромбофлебита должна быть рассмотрена возможность проведения оперативного лечения по устранению варикозного расширения вен в условиях дневного стационара (ЭВЛК либо РЧО подкожных вен) либо стационара хирургического профиля (флебэктомия, ЭВЛК либо РЧО подкожных вен).

Приложение № 1
к Регламенту оказания медицинской
помощи больным с флебитом
и тромбофлебитом подкожных вен



Приложение № 2
к Регламенту оказания медицинской
помощи больным с флебитом
и тромбофлебитом подкожных вен

Стадии ТФПВ в зависимости от фазы течения и проявлений
воспалительной реакции

При формулировке диагноза пациента с ТФПВ рекомендуется использовать следующее деление ТФПВ на стадии: острый, стихающий, стихший.

Стадия ТФПВ влияет на:

необходимость госпитализации,
выбор цели и вида хирургического вмешательства,
определение показаний к применению антикоагулянтов,
определение показаний к применению НПВС.

Стадии ТФПВ:

1) острый ТФПВ (0-7 дней от момента начала заболевания), обычно сопровождается выраженными проявлениями воспаления кожи и мягких тканей около пораженных сосудов;

2) стихающий ТФПВ (1-3 недели от момента начала заболевания), характеризуется регрессом проявлений воспаления мягких тканей около пораженных сосудов;

3) стихший ТФПВ (более 3-х недель от момента начала заболевания) характеризуется отсутствием проявлений воспаления мягких тканей, но сохранением безболезненных или слабо болезненных уплотнений по ходу пораженных сосудов, а также возможным наличием гиперпигментации кожи над ними.

Стадией «стихшего тромбофлебита» обозначается период, в который отсутствуют или слабо выражены клинические проявления воспаления и не требуется симптоматическая терапия, но сохраняется повышенный риск рецидива венозного тромбоза и может быть целесообразна антикоагулянтная терапия. Разделение на указанные выше стадии носит условный характер. Решение о том, в какой стадии находится процесс, не следует основывать только на сроках заболевания. Данное решение принимает лечащий специалист с учетом выраженности и динамики воспаления у данного пациента.

Степень риска перехода тромба на глубокие вены.

При формулировке диагноза пациента с ТФПВ рекомендуется использовать следующую градацию риска перехода тромба на глубокие вены: низкий, умеренный, высокий.

Степень риска перехода тромба на глубокие вены влияет на необходимость:

госпитализации (с учётом стадии ТФПВ),

назначения и дозировку антикоагулянтов, показания к хирургическому вмешательству (с учётом стадии ТФПВ).

Степень риска определяется протяженностью тромботического процесса, локализацией проксимальной границы тромбоза, наличием или отсутствием варикозной трансформации подкожных вен.

1) Низкий риск перехода тромба на глубокие вены: изолированный тромбофлебит варикозных и неварикозных притоков магистральных поверхностных вен;

2) Умеренный риск перехода тромба на глубокие вены: тромбофлебит ствола магистральной подкожной вены или приустьевых притоков с проксимальной границей тромба дистальнее 3 см от соустья (передняя добавочная подкожная вена может рассматриваться как магистральная); тромбоз надфасциального сегмента перфорантной вены до уровня фасции;

3) Высокий риск перехода тромба на глубокие вены: тромбофлебит магистральной поверхностной вены любой протяженности с проксимальной границей тромба на расстоянии 3 см от соустья или ближе.

При произошедшем переходе тромба на глубокие вены или выявленном симультанном ТГВ рекомендуется формулировать и кодировать диагноз как «тромбоз глубоких вен» (ТГВ), исходя из клинически более значимого заболевания.

Приложение № 3
к Регламенту оказания медицинской
помощи больным с флебитом
и тромбофлебитом подкожных вен

Факторы риска геморрагических осложнений во время беременности, родов или в послеродовом периоде приведены в соответствии с рекомендациями РОАГ:

- дородовые или послеродовые кровотечения;
- высокий риск большого кровотечения (например, при предлежании плаценты);
- гемофилия или другие диагностированные нарушения свертываемости крови (например, болезнь фон Виллебранда или приобретенная коагулопатия);
- тромбоцитопения (количество тромбоцитов менее 75×10^9);
- острый инсульт в предшествующие 4 недели (ишемический или геморрагический);
- почечная недостаточность (скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин/1.73 м²);
- печеночная недостаточность (протромбиновое время выше нормы или имеющееся варикозное расширение вен);
- неконтролируемая артериальная гипертензия (систолическое артериальное давление выше 200 мм.рт.ст. или диастолическое артериальное давление выше 120 мм.рт.ст.).

**Регламент оказания медицинской помощи больным с флебитом
и тромбофлебитом подкожных вен (далее – ТФПВ)**

1. При обращении пациента за медицинской помощью, врач либо фельдшер проводит сбор анамнеза, установление времени начала признаков ТФПВ, физикальное обследование. При отсутствии признаков ТФПВ (болезненное уплотнение с покраснением кожи и местным повышением её температуры в области расположения варикозных узлов или крупных подкожных вен, шнуровидный, болезненный тяж по ходу вены) обследование на ТФПВ не показано. Госпитализация больного с ТФПВ выполняется в соответствии с Приложением № 1 к настоящему алгоритму.

2. Врач либо фельдшер, выявивший признаки ТФПВ направляет пациента на ультразвуковое дуплексное сканирование (далее – УЗДС) вен нижних или верхних конечностей в экстренном порядке. При ультразвуковом исследовании обязательно точно указать проксимальную границу поражения, отметить наличие/отсутствие варикозной или посттромботической болезни.

3. После выполнения УЗДС вен нижних и/или верхних конечностей пациенту проводит осмотр врач-хирург амбулаторно в экстренном порядке, который определяет стадию ТФПВ и степень риска перехода тромба на глубокие вены в соответствии с Приложением № 2.

4. При невозможности выполнения в экстренном порядке УЗДС вен у пациентов с острой стадией ТФПВ с клиническими признаками острого воспаления, достигающими средней трети бедра в системе большой подкожной вены (далее – БПВ) и/или верхней трети голени в системе малой подкожной вены (далее – МПВ), рекомендуется направить пациента на госпитализацию в стационар хирургического профиля с копией осмотра врача либо фельдшера, выявившего ТФПВ.

5. Показаниями к госпитализации при тромбозе поверхностных вен являются высокий риск перехода тромба на глубокие вены в стадию острого ТФПВ и гнойный тромбофлебит. При инструментальном подтверждении или клинических признаках прогрессирования ТФПВ в любой стадии ТФПВ рекомендуется рассмотреть целесообразность госпитализации.

6. Во всех остальных случаях решение о госпитализации должно приниматься индивидуально с учетом риска прогрессирования тромбоза и развития тромбоэмболии легочных артерий, стадии заболевания, возможностей проведения адекватной терапии в амбулаторных условиях, приверженности пациента назначениям, а также возможности динамического

клинического и ультразвукового контроля за течением заболевания. Оценка перечисленных и других факторов, способных повлиять на исход заболевания, проводится лечащим специалистом индивидуально.

Госпитализация и лечение пациентов проводится в хирургическом отделении.

7. Наличие хотя бы одного фактора риска геморрагических осложнений по критериям Российского общества акушеров-гинекологов (далее – РОАГ) (Приложение № 3) является показанием для госпитализации при ТФПВ во время беременности и в послеродовом периоде. Во время беременности и в послеродовом периоде действительны также общие для пациентов с ТФПВ показания к госпитализации: высокий риск перехода тромба на глубокие вены в острый период ТФПВ; гнойный тромбофлебит. Госпитализация пациенток во время беременности и в послеродовом периоде проводится в профильное отделение.

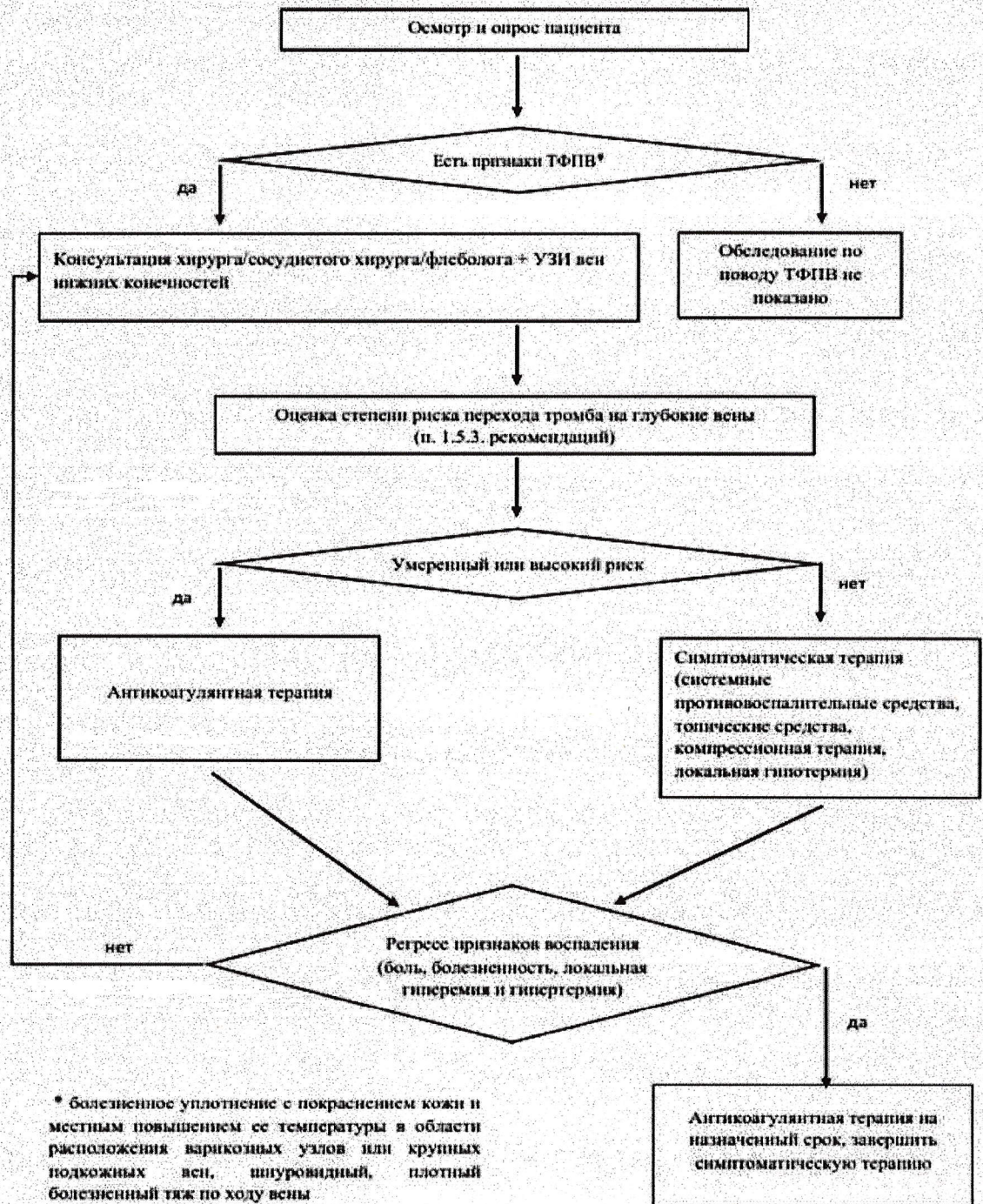
8. Во время лечения на амбулаторном этапе и в условиях стационара пациентов с прогрессированием тромбоза, высоким риском развития тромбоза глубоких вен или тромбоэмболии легочных артерий, а также у пациентов с высоким риском кровотечений при антикоагулянтной терапии рекомендована консультация сосудистого хирурга РСЦ ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова».

9. Тактика лечения пациента выбирается в зависимости от степени риска перехода тромба на глубокие вены и стадии ТФПВ, согласно актуальным клиническим рекомендациям, с учетом сопутствующих заболеваний.

10. Показанием к выписке из стационара является отсутствие прогрессирования ТФПВ и стихание проявлений острого воспаления на фоне проводимой антикоагулянтной или симптоматической терапии.

11. Перенесенный ТФПВ не требует диспансерного наблюдения. В случае варикотромбофлебита должна быть рассмотрена возможность проведения оперативного лечения по устранению варикозного расширения вен в условиях дневного стационара (ЭВЛК либо РЧО подкожных вен) либо стационара хирургического профиля (флебэктомия, ЭВЛК либо РЧО подкожных вен).

Приложение № 1
к Регламенту оказания медицинской
помощи больным с флебитом
и тромбофлебитом подкожных вен



Приложение № 2
к Регламенту оказания медицинской
помощи больным с флебитом
и тромбофлебитом подкожных вен

Стадии ТФПВ в зависимости от фазы течения и проявлений
воспалительной реакции

При формулировке диагноза пациента с ТФПВ рекомендуется использовать следующее деление ТФПВ на стадии: острый, стихающий, стихший.

Стадия ТФПВ влияет на:

необходимость госпитализации,
выбор цели и вида хирургического вмешательства,
определение показаний к применению антикоагулянтов,
определение показаний к применению НПВС.

Стадии ТФПВ:

1) острый ТФПВ (0-7 дней от момента начала заболевания), обычно сопровождается выраженными проявлениями воспаления кожи и мягких тканей около пораженных сосудов;

2) стихающий ТФПВ (1-3 недели от момента начала заболевания), характеризуется регрессом проявлений воспаления мягких тканей около пораженных сосудов;

3) стихший ТФПВ (более 3-х недель от момента начала заболевания) характеризуется отсутствием проявлений воспаления мягких тканей, но сохранением безболезненных или слабо болезненных уплотнений по ходу пораженных сосудов, а также возможным наличием гиперпигментации кожи над ними.

Стадией «стихшего тромбофлебита» обозначается период, в который отсутствуют или слабо выражены клинические проявления воспаления и не требуется симптоматическая терапия, но сохраняется повышенный риск рецидива венозного тромбоза и может быть целесообразна антикоагулянтная терапия. Разделение на указанные выше стадии носит условный характер. Решение о том, в какой стадии находится процесс, не следует основывать только на сроках заболевания. Данное решение принимает лечащий специалист с учетом выраженности и динамики воспаления у данного пациента.

Степень риска перехода тромба на глубокие вены.

При формулировке диагноза пациента с ТФПВ рекомендуется использовать следующую градацию риска перехода тромба на глубокие вены: низкий, умеренный, высокий.

Степень риска перехода тромба на глубокие вены влияет на необходимость:

госпитализации (с учётом стадии ТФПВ),

назначения и дозировку антикоагулянтов, показания к хирургическому вмешательству (с учётом стадии ТФПВ).

Степень риска определяется протяженностью тромботического процесса, локализацией проксимальной границы тромбоза, наличием или отсутствием варикозной трансформации подкожных вен.

1) Низкий риск перехода тромба на глубокие вены: изолированный тромбофлебит варикозных и неварикозных притоков магистральных поверхностных вен;

2) Умеренный риск перехода тромба на глубокие вены: тромбофлебит ствола магистральной подкожной вены или приустьевых притоков с проксимальной границей тромба дистальнее 3 см от соустья (передняя добавочная подкожная вена может рассматриваться как магистральная); тромбоз надфасциального сегмента перфорантной вены до уровня фасции;

3) Высокий риск перехода тромба на глубокие вены: тромбофлебит магистральной поверхностной вены любой протяженности с проксимальной границей тромба на расстоянии 3 см от соустья или ближе.

При произошедшем переходе тромба на глубокие вены или выявленном симультанном ТГВ рекомендуется формулировать и кодировать диагноз как «тромбоз глубоких вен» (ТГВ), исходя из клинически более значимого заболевания.

Приложение № 3
к Регламенту оказания медицинской
помощи больным с флебитом
и тромбофлебитом подкожных вен

Факторы риска геморрагических осложнений во время беременности, родов или в послеродовом периоде приведены в соответствии с рекомендациями РОАГ:

- дородовые или послеродовые кровотечения;
- высокий риск большого кровотечения (например, при предлежании плаценты);
- гемофилия или другие диагностированные нарушения свертываемости крови (например, болезнь фон Виллебранда или приобретенная коагулопатия);
- тромбоцитопения (количество тромбоцитов менее 75×10^9);
- острый инсульт в предшествующие 4 недели (ишемический или геморрагический);
- почечная недостаточность (скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин/1.73 м²);
- печеночная недостаточность (протромбиновое время выше нормы или имеющееся варикозное расширение вен);
- неконтролируемая артериальная гипертензия (систолическое артериальное давление выше 200 мм.рт.ст. или диастолическое артериальное давление выше 120 мм.рт.ст.).

Регламент маршрутизации пациентов с аневризмой аорты

С целью совершенствования оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 года № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», Клиническими рекомендациями «Аневризмы брюшной аорты» от 2022 года, «Аневризмы грудной и торакоабдоминальной аорты» от 2023 года, вводится следующий алгоритм:

1. Медицинская помощь пациентам с заболеваниями аневризмами аорты оказывается в виде:

- 1) первичной медико-санитарной помощи;
- 2) скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- 3) специализированной медицинской помощи.

2. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается больным аневризмой аорты вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях медицинской организации.

3. При обращении пациента за медицинской помощью, врач либо фельдшер проводит сбор анамнеза, установление времени начала симптомов, физикальное обследование.

4. Алгоритм действия последовательно складывается из решения основных задач:

- 1) установить диагноз аневризма аорты (чаще аневризмы бессимптомны).

Основные симптомы интактной аневризмы:

- расширение границ пульсации аорты при пальпации либо аускультации;

- боль или болезненность при пальпации в области локализации АБА или с иррадиацией в спину или половые органы,

- симптомы обусловленными либо сдавлением близлежащих органов (непроходимость двенадцатиперстной кишки, отек нижних конечностей, обструкция мочеточника), дистальная эмболия артерий;

- 2) исключить разрыв аневризмы

Основные симптомы разрыва аневризмы и острой диссекции аорты:

- острая резкая, ломящая или пульсирующая боль в груди или животе («ощущение разрыва»), с возможной миграцией в спину, шею, ягодицы, пах или ноги;

- кашель, одышка или затрудненное/болезненное глотание, осиплость, дисфагия, гематемезис, гемоптиз при сдавлении аневризмой или увеличенным ложным каналом при расслоении аорты;

- инфаркт миокарда может быть одной из масок острого расслоения проксимальной аорты;

- инсульт, транзиторная ишемическая атака, параплегия или перемежающаяся хромота как результат ишемии или эмболии при выраженном атеросклероз аорты.

Маршрутизация больных по скорой медицинской помощи с клиникой разрыва аневризмы осуществляется в экстренном порядке в приёмный покой РСЦ ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», в структуре которой организовано кардиохирургическое отделение с палатами интенсивной терапии.

5. Бригада СМ должна оповестить приемное отделение РСЦ о транспортировке больного с подозрением на разрыв аневризмы. Пациент должен получить адекватное обезболивание, контроль САД не выше 90 мм. рт. ст. на этапе оказания скорой медицинской помощи.

КТ ангиография аорты должна быть выполнена в первые 15 минут с момента попадания пациента в приёмный покой РСЦ, основанием выполнения является сопроводительный лист скорой медицинской помощи с диагнозом разрыв либо расслоение аорты либо осмотр сердечно-сосудистого хирурга. Медицинский регистратор приёмного покоя информирует дежурного сердечно-сосудистого хирурга либо хирурга о поступлении в приёмный покой данного пациента незамедлительно как только поступила информация о транспортировке пациента в РСЦ.

6. Врач либо фельдшер, выявивший признаки аневризмы без упоминания о разрыве, направляет пациента на ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДАС) инфраренального отдела аорты и подвздошных артерий, ЭХО-КГ в плановом порядке. Если пациент предъявляет жалобы на ранее не зарегистрированную болезненность при пальпации, клинику ишемии конечностей или дистальной эмболии без явного источника, необъяснимые боли в животе или пояснице, необходима неотложная госпитализация в стационар, срочное обследование пациента и консультация сосудистого хирурга РСЦ, в том числе с применением телемедицинских технологий.

Перечень медицинских организаций, проводящих выявление аневризматического расширения аорты методами скринингового ультразвукового обследования и/или компьютерно-томографической ангиографии артерий:

В амбулаторных условиях:

- поликлиника № 2 ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», ул. Ерошенко, 11;

- поликлиника № 3 ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», ул. Б. Михайлова, 4;
- филиал № 1 поликлиники № 4 ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», ул. Супруна, 19;
- филиал № 1 поликлиники № 4 ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» ул. Силаева, 3;
- филиал № 2 поликлиники № 5 ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», ул. Будищева, 9;
- филиал № 2 поликлиники № 5 ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», пл. Геннериха, 1;
- взрослая поликлиника ГБУЗС «Городская больница № 4», ул. Леваневского, 25;
- взрослая поликлиника (Инкерман) ГБУЗС «Севастопольская городская больница № 9», ул. Умрихина, 16;
- взрослая поликлиника ГБУЗС «Севастопольская городская больница № 9», ул. Мира, 5.

Медицинская организация, проводящая выявление аневризматического расширения аорты методами скринингового ультразвукового обследования и/или компьютерно-томографической ангиографии артерий, в стационарных условиях – ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», ГБУЗС «Городская больница № 4», ГБУЗС «Городская больница № 9».

7. После выполнения (УЗДАС) инфраренального отдела аорты и подвздошных артерий, ЭХО-КГ в плановом порядке, пациенту проводит осмотр врач-хирург либо кардиолог, либо сердечно-сосудистый хирург амбулаторного звена.

Частота выполнения ультразвуковых исследований и консультаций специалистов исходя из диаметра бессимптомной аневризмы:

- для малых аневризм (3–3,9 см) 1 раз в 3 года,
- для аневризм диаметром 4,0–4,9 см ежегодно,
- аневризма диаметром 5,0 см и выше 1 раз в 3–6 месяца.

При быстром росте аневризмы – более 1,0 см в год - рекомендовано срочное выполнение КТ ангиографии и последующее обращение пациента в приёмный покой РСЦ ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» либо к сосудистому хирургу поликлиники для определения дальнейшей тактики лечения.

8. При отсутствии симптомов аневризмы выполнение КТ ангиографии в плановом порядке рекомендуется при размере аневризмы больше 4,5 см с последующим обращением пациента в приёмный покой РСЦ ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» с направлением на консультацию к сосудистому хирургу кардиохирургического отделения и копией осмотра врача поликлиники либо к сосудистому хирургу поликлиники для определения дальнейшей тактики лечения.

9. Тактика лечения пациента выбирается, согласно актуальным клиническим рекомендациям, с учетом сопутствующих заболеваний.

В случае отсутствия возможности оказания медицинской помощи на месте необходимо проведение экстренной ТМК с близлежащим кардиохирургическим стационаром других регионов Российской Федерации, федеральными медицинскими центрами.

По итогам ТМК с учетом транспортной доступности пациенты могут направляться для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в медицинские организации других регионов Российской Федерации, федеральные медицинские центры.

10. Амбулаторные пациенты с аневризмой аорты подлежат регулярному наблюдению хирурга, сердечно-сосудистого хирурга, кардиолога.

11. В рамках мероприятий региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» всем пациентам старше 65 лет при выполнении трансторакальной эхокардиографии на стационарном и амбулаторном этапе обязательно одновременное выполнение фокусного ультразвукового исследования брюшной аорты на предмет наличия аневризмы.

**Алгоритм
организации выявления на уровне поликлиник, амбулаторий,
фельдшерско-
акушерских пунктов пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями**

1. Анкетирование жителей в возрасте старше 18 лет с целью выявления риска сердечно-сосудистых заболеваний:

- антропометрия (определение роста, веса);
- определение индекса массы тела;
- сбор информации о вредных привычках (курение, употребление алкоголя).

2. Сортировка анкет на группы здоровья и группы риска:

2.1. В случае отсутствия у анкетированных факторов риска на сердечно-сосудистых заболеваниях организуется:

- выдача рекомендаций по здоровому образу жизни;
- профилактика сердечно-сосудистой патологии согласно рекомендациям по здоровому образу жизни;

2.2. В случае выявления у анкетированных факторов риска на сердечно-сосудистых заболеваниях формируется список пациентов, входящих в «группу риска» по развитию:

- сердечно-сосудистых заболеваний;
- осуществляется направление на консультацию к врачу поликлиники центральной районной (городской) больницы для дальнейшего обследования, постановки диагноза и организации лечения.

3. Для пациентов с выявленными сердечно-сосудистыми заболеваниями:

- организуется постановка на диспансерный учет с динамическим наблюдением;
- врачом назначается лечение и повторное направление на консультацию к специалистам.

В результате проведенного исследования врач участковый терапевт, врач амбулатории, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта владеет информацией о состоянии здоровья обслуживаемого населения, формирует «группу риска» по сердечно-сосудистой патологии, определяет дальнейший маршрут пациентов, совместно с врачами участвует в реализации персональной программы по коррекции образа жизни пациентов.

**Алгоритм
постановки на диспансерное наблюдение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями после выписки из стационара**

1. Внесение информации о постановке на диспансерное наблюдение в региональную медицинскую информационную систему (далее – РМИС) осуществляется на следующий день после выписки лечащим врачом, оказывавшим медицинскую помощь в стационарных условиях.

2. Информация о выписке пациента из стационара поступает в РМИС и доступна врачам-специалистам в соответствующей вкладке Программы.

3. Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших ОКС, осуществляется врачом-кардиологом медицинской организации по месту жительства в течение 12 месяцев, далее – пожизненно врачом-терапевтом участковым.

В случае если пациент нуждается в диспансерном наблюдении врачом-кардиологом и такой врач-специалист отсутствует в медицинской организации, в которой пациент получает первичную медико-санитарную помощь, врач-терапевт организует консультацию пациента врачом-кардиологом другой медицинской организации, в том числе с применением телемедицинских технологий, и осуществляет диспансерное наблюдение по согласованию и с учетом рекомендаций врача-кардиолога.

4. Врачи-специалисты осуществляют диспансерное наблюдение в соответствии с Порядком проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», а также с учетом методических рекомендаций и клинических стандартов.

Регламент маршрутизации пациентов с хронической сердечной недостаточностью

1. Для оказания первичной медико-санитарной помощи при обострении хронических сердечно-сосудистых заболеваний, не опасных для жизни больного и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций организуется отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи.

2. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-кардиологами поликлиник.

3. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-кардиологами в амбулаторных условиях в кардиологических кабинетах по направлению врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-специалистов, при самостоятельном обращении больного в медицинскую организацию, а также при дистанционном консультировании больных с использованием информационных технологий.

В случае отсутствия в медицинской организации кардиологического кабинета первичная специализированная медико-санитарная помощь может оказываться в терапевтических кабинетах врачом-терапевтом участковым.

4. При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях больной направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «Кардиология» в стационарных условиях – ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова».

6. Специализированная медицинская помощь включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

7. Решение о необходимости направления больного для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в плановом порядке принимается врачебной комиссией медицинской организации, оказывающей первичную медикосанитарную помощь, с привлечением при необходимости врачей-специалистов разных профилей.

8. В случае отсутствия медицинских показаний к специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи больной направляется под наблюдение врача-кардиолога, врача-терапевта участкового,

врача общей практики (семейного врача) или врача-терапевта участкового врачебного участка в амбулаторных условиях либо в условиях дневного стационара в соответствии с рекомендациями по лечению.

9. Специализированная медицинская помощь больным оказывается в стационарных условиях или в условиях дневного стационара по направлению врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых врачебного участка, врачей-кардиологов, врачей-специалистов, при доставлении больного бригадой скорой медицинской помощи, а также при самостоятельном обращении больного в медицинскую организацию.

10. Этапность оказания медицинской помощи :

1 этап:

кардиологические кабинеты поликлиник;

2 этап:

при показаниях к стационарному лечению: ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» .

Специализированная медицинская помощь больным оказывается в медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения города Севастополя, имеющих в своем штате врачей-специалистов по специальностям, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи».

11. При наличии показаний к проведению плановой рентгенэндоваскулярной диагностики медицинская организация, которая определяет показания к проведению рентгенэндоваскулярной диагностики, направляет пациента в ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова».

12. После завершения рентгенэндоваскулярной диагностики больному при наличии медицинских показаний выполняется оперативное лечение. При невозможности выполнения оперативного вмешательства в условиях ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» больной при наличии медицинских показаний направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, в федеральные центры.

При необходимости перед направлением на высокотехнологичную медицинскую помощь проводится телемедицинская консультация.

Проведение телемедицинских консультаций между специалистами медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Севастополя, возможно как со специалистами медицинских организаций 3-го уровня ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», так и с федеральными центрами.

13. Оказание специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется в федеральных государственных медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, 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 в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, для оказания специализированной медицинской помощи, приведенным в приложении к Порядку организации оказания специализированной медицинской помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи».

14. При наличии у больного медицинских показаний для оказания высокотехнологичной медицинской помощи направление больного в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.10.2019 № 824н «Об утверждении порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

15. После оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях больному на руки выдается выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного с результатами проведенного обследования и лечения, рекомендациями по дальнейшей тактике наблюдения, обследования и лечения.

16. После оказания высокотехнологичной медицинской помощи продолжение лечения осуществляется в рамках оказания специализированной медицинской помощи.

17. После оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи больные сердечно-сосудистыми заболеваниями направляются в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь или специализированную медицинскую помощь, для диспансерного наблюдения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

18. Периодичность проведения осмотров и обследования пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями после выписки из стационара:

первый визит после окончания госпитализации следует провести в течение 7 дней после выписки из стационара;

при проведении титрации доз препаратов контрольные визиты назначают с периодичностью 1 раз в 7 - 14 дней.

Дальнейшее наблюдение проводят 1 раз в месяц до достижения целевых доз препаратов и стабилизации состояния, в дальнейшем - не реже 2 раз в год.

При дестабилизации состояния или необходимости изменения терапии кратность визитов и исследований определяются врачом в зависимости от клинической ситуации.

Выписка льготных лекарственных препаратов пациентам осуществляется врачами-терапевтами, врачами специалистами, а также в кабинетах выписки льготных лекарственных препаратов в соответствии с установленной льготой.

Алгоритм

постановки на диспансерное наблюдение пациентов с хронической сердечной недостаточностью после выписки из стационара

1. Внесение информации о постановке на диспансерное наблюдение в региональную медицинскую информационную систему (далее – РМИС) осуществляется на следующий день после выписки лечащим врачом, оказывавшим медицинскую помощь в стационарных условиях.

2. Информация о выписке пациента из стационара поступает в РМИС и доступна врачам-специалистам в соответствующей вкладке Программы.

3. Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших острый коронарный синдром (ОКС), осуществляется врачом-кардиологом медицинской организации по месту жительства в течение 12 месяцев, при отсутствии вышеуказанного врача-специалиста – врачом терапевтом участковым.

4. Врачи-специалисты осуществляют диспансерное наблюдение в соответствии с Порядком проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», а также с учетом методических рекомендаций и клинических стандартов, и выписку льготных лекарственных препаратов.

Алгоритм

организации выявления на уровне поликлиник, амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов пациентов с хронической сердечной недостаточностью

1. Анкетирование жителей в возрасте старше 18 лет с целью выявления риска сердечно-сосудистых заболеваний:

антропометрия (определение роста, веса);

определение индекса массы тела;

сбор информации о вредных привычках (курение, употребление алкоголя).

2. Сортировка анкет на группы здоровья и группы риска:

2.1. В случае отсутствия у анкетированных факторов риска на сердечно-сосудистых заболеваниях организуется:

выдача рекомендаций по здоровому образу жизни;

профилактика сердечно-сосудистой патологии согласно рекомендациям по здоровому образу жизни.

2.2. В случае выявления у анкетированных факторов риска на сердечно-сосудистых заболеваниях:

формируется список пациентов, входящих в «группу риска» по развитию сердечно-сосудистых заболеваний;

выдается направление на консультацию к врачу поликлиники для дальнейшего обследования, постановки диагноза и организации лечения.

3. Для пациентов с выявленными сердечно-сосудистыми заболеваниями: организуется постановка на диспансерный учет с динамическим наблюдением;

врачом назначается лечение и повторное направление на консультацию к специалистам.

В результате проведенного исследования врач-терапевт участковый, врач амбулатории, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта владеют информацией о состоянии здоровья обслуживаемого населения, формируют «группу риска» по сердечно-сосудистой патологии, определяют дальнейший маршрут пациентов и совместно с врачами участвуют в реализации персональной программы по коррекции образа жизни пациентов.

Показания к госпитализации пациентов с ишемической болезнью сердца

На стационарное лечение и обследование направляются пациенты:

- для решения вопроса о необходимости и целесообразности проведения процедур реваскуляризации или реконструктивных операций;

- при невозможности титрации доз основных препаратов, используемых для лечения хронической сердечной недостаточности (далее – ХСН) в случае нестабильной гемодинамики, требующей круглосуточного наблюдения за больным в условиях стационара;

- при ухудшении состояния (декомпенсации кровообращения), требующего круглосуточного лечения и наблюдения за больным в условиях стационара;

- для установки кардиовертеров-дефибрилляторов, проведения ресинхронизирующей терапии, радиочастотной абляции проводящих путей при аритмии.

Пациенты с гемодинамической нестабильностью, с рецидивирующими аритмиями или выраженной непроходящей одышкой должны находиться в кардиологических блоках реанимации и интенсивной терапии отделений

либо в реанимационных отделениях медицинских организаций, на базе которых созданы отделения для лечения ХСН.

При направлении пациента на госпитализацию необходимо представить подробные сведения об анамнезе, лечении на амбулаторном этапе и сформулировать цель госпитализации.

Приложение № 13
УТВЕРЖДЕН
приказом Департамента здравоохранения
города Севастополя
от « 14 » 10. 2025 № 921

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.

Методы диагностики	Медицинская организация	Зоны ответственности ¹
Рекомендуемые для включения методы диагностики		
Эхокардиография с физической/фармакологической нагрузкой	ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова»	город Севастополь
Чреспищеводная эхокардиография	ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова»	город Севастополь
Коронароангиография	ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова»	город Севастополь
Коронароангиография с использованием методов внутрисосудистой визуализации и/или оценкой физиологии кровотока	ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова»	город Севастополь
Компьютерно-томографическая коронарография	ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова»	город Севастополь
Однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда перфузионная с функциональными пробами	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова».	город Севастополь
Позитронно-эмиссионная томография миокарда,	Центр ПЭТ-Технолоджи.	город Севастополь

Методы диагностики	Медицинская организация	Зоны ответственности
в том числе с функциональными пробами	ООО «Межрегиональный медицинский центр ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний» ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А.М. Гранова» ФГБУ МЗ РФ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина»	
Магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием	ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова»	город Севастополь

**Направление на диагностические исследования
в другие регионы Российской Федерации:**

Взаимодействие медицинских организаций города Севастополя при оказании медицинской помощи населению с заболеваниями сердечно-сосудистой системы осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

При невозможности выполнения диагностических исследований в городе Севастополе пациент при наличии медицинских показаний направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, клиники федерального уровня. При необходимости перед направлением проводится телемедицинская консультация.

Процедура направления:

1. Определение необходимости направления:

Врачебная комиссия или лечащий врач определяет наличие медицинских показаний для обследования и отсутствие возможности проведения данной процедуры в городе Севастополе (отсутствия необходимого оборудования).

2. Выбор медицинской организации:

Пациент имеет право выбора медицинской организации в другом регионе, где будет оказываться необходимая помощь. Врач или комиссия

должны предоставить информацию о доступных медицинских организациях и их специализации.

3. Оформление документов:

Направление оформляется в соответствии с установленными формами и приложениями, включая медицинское заключение, результаты обследований и другие необходимые документы.

При наличии медицинских показаний, направление на диагностические исследования в другие регионы Российской Федерации оформляет лечащий врач в медицинской организации по месту прикрепления пациента.

Направление пациента на радионуклидные диагностические исследования проводится в соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Севастополя от 05.03.2025 № 178 «Об организации направления жителей города Севастополя на радионуклидные диагностические исследования».

Регламент маршрутизации пациентов с острым аортальным синдромом

С целью совершенствования оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 года № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», Клиническими рекомендациями «Аневризмы брюшной аорты» от 2022 года, «Аневризмы грудной и торакоабдоминальной аорты» от 2023 года, вводится следующий алгоритм:

I. Маршрутизация больных по скорой медицинской помощи с клиникой острого аортального синдрома (далее – ОАС) осуществляется в экстренном порядке в приёмный покой РСЦ ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», в структуре которой организовано кардиохирургическое отделение с палатами интенсивной терапии.

1. При обращении пациента в службу скорой медицинской помощи (далее – СМП) с жалобами:

- острая резкая, ломящая или пульсирующая боль в груди или животе («ощущение разрыва»), с возможной миграцией в спину, шею, ягодицы, пах или ноги;

- кашель, одышка или затрудненное/болезненное глотание, осиплость, дисфагия, гематемезис, гемоптиз при сдавлении аневризмой или увеличенным ложным каналом при расслоении аорты;

- характерные для инфаркта миокарда (может быть одной из масок острого расслоения проксимальной аорты);

- характерные для инсульта, транзиторной ишемической атаки, параплегии или перемежающейся хромоты как результат ишемии или эмболии при выраженном атеросклероз аорты.

2. Для отбора пациентов с ОАС бригадой СМП проводится осмотр пациента согласно общеврачебным принципам дифференциальной диагностики.

3. Все пациенты с ОАС и подозрением доставляются в РСЦ ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», среднее время медицинской эвакуации пациента с ОАС в зоне ответственности составляет не более 60 минут.

4. Бригада СМП должна оповестить приемное отделение РСЦ ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» о транспортировке

больного с подозрением на ОАС, в свою очередь сотрудники приёмного отделения немедленно оповещают дежурного сердечно-сосудистого хирурга.

II. Модель внутригоспитальной и межгоспитальной маршрутизации:

1. Оказание специализированной помощи осуществляется на койках сосудистой хирургии кардиохирургического отделения РСЦ ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова».

2. Все пациенты с ОАС и подозрением на ОАС доставляются из других медицинских учреждений в РСЦ ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова».

Лечащий врач немедленно информирует дежурного сердечно-сосудистого хирурга РСЦ о наличии пациента с ОАС. Среднее время эвакуации бригадой СМП пациента с ОАС в зоне ответственности составляет не более 60 минут.

Бригада СМП должна оповестить приемное отделение РСЦ ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» о транспортировке больного с подозрением на ОАС, в свою очередь сотрудники приёмного отделения немедленно оповещают дежурного сердечно-сосудистого хирурга.

III. Алгоритм диагностики и оказания медицинской помощи:

1. Догоспитальный этап:

Медицинская помощь пациентам с ОАС на догоспитальном этапе должна включать:

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

- адекватное обезболивание с использованием опиоидных анальгетиков и бензодиазепинов внутривенно;

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

- исключение при подозрении на ОАС назначения пациентам антиагрегантных препаратов группы тииенопиридинов;

- транспортировку пациента на каталке в положении лежа с обеспечением максимального покоя и с предварительным извещением ответственного лица о предполагаемой доставке пациента с подозрением на наличие ОАС по телефону.

2. Госпитальный этап:

Пациент поступает в приёмный покой РСЦ ГБУЗС «Городской больницы № 1 им. Н.И. Пирогова»:

- проводится осмотр сердечно-сосудистого хирурга, в случае отсутствия сердечно-сосудистого хирурга, осмотр и назначения дообследования выполняется врачом-кардиологом до прихода сердечно-сосудистого хирурга;

- для подтверждения диагноза пациенту с подозрением на ОАС в экстренном порядке должна быть выполнена МСКТ-ангиография грудного (включая брахиоцефальные артерии) и брюшного отделов аорты, эхокардиография, ЭКГ.

В МСКТ-ангиографии необходимо указать следующее:

- 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 (атероклероз, интрамуральная гематома);
- описание расслоения (начало/конец);
- наличие фенестраций (да/нет, локализация);
- ход ложного и истинного канала (локализация, отхождение брахиоцефальных и висцеральных артерий);
- вовлечение брахиоцефальных висцеральных артерий (да/нет, локализация);
- наличие жидкости в перикарде, плевральных полостях, брюшной полости и забрюшинном пространстве (при наличии технической возможности и показаний, дежурный сердечно-сосудистый хирург организывает операционную бригаду для выполнения оперативного вмешательства по поводу ОАС, направляет пациента в операционную).

3. Амбулаторный этап:

Пациент выписывается из стационара под наблюдение врача-хирурга, сердечно-сосудистого хирурга, терапевта и кардиолога по месту жительства.

В рамках мероприятий региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» всем пациентам старше 65 лет при выполнении трансторакальной эхокардиографии на стационарном и амбулаторном этапе обязательно одновременное выполнение фокусного ультразвукового исследования брюшной аорты на предмет наличия аневризмы.

IV. Алгоритм взаимодействия медицинских организаций и служб, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ОАС, включая межрегиональное взаимодействие с медицинскими организациями регионального и федерального уровней.

Региональный уровень:

В ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» выполняются эндоваскулярные вмешательства при расслоении аорты III тип по DeBakey, открытые и эндоваскулярные вмешательства при разрывах аневризм инфраренального отдела аорты и подвздошных артерий.

В случае, если пациенту нет возможности выполнить открытую, гибридную или эндоваскулярную операцию в условиях ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», в том числе при расслоении I и II типа по DeBakey, дежурный сердечно-сосудистый хирург РСЦ либо лечащий врач организует консультацию дистанционно с региональным медицинским центром: отделением кардиохирургии ГБУЗ Республики Крым «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» (далее – Многопрофильный республиканский центр) Симферополь, отделением сердечно-сосудистой хирургии Федерального государственного бюджетного учреждения «Ялтинский многопрофильный медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» г. Ялта.

В случае принятия решения о транспортировке пациента с ОАС в региональный центр:

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 первично определяет дежурный сердечно-сосудистый хирург либо кардиохирург по месту нахождения пациента;

3. Транспортировка пациента из медицинской организации осуществляется бригадой скорой медицинской помощи;

При принятии решения о транспортировке пациента необходимо провести консилиум в составе: дежурный сердечно-сосудистый хирург или лечащий врач (сердечно-сосудистый хирург), врач по рентгенэндоваскулярной хирургии, реаниматолог отделения анестезиологии и реанимации РСЦ, заведующий отделением кардиохирургии, заместитель главного врача по лечебной работе.

Федеральный уровень:

При необходимости оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, а также целесообразности перевода в специализированное отделение федерального уровня либо медицинской эвакуации, дежурный сердечно-сосудистый хирург РСЦ либо лечащий врач организует телемедицинскую консультацию дистанционно с федеральным медицинским центром.

Контактные данные ответственных лиц:

ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова»:

- Захаров Юрий Михайлович – руководитель РСЦ (тел. +7 (8692) 41-79-57);

- Калинин Виктор Дмитриевич – заведующий кардиохирургическим отделением РСЦ (тел. (8692) 41-79-47);

- Мамукашвили Шалва Гурамович, врач-кардиохирург (тел. +7978 530-43-24).

Отделение кардиохирургии Многопрофильного республиканского центра:

Иван Владимирович Давыдов, заведующий отделением (тел. +7978-913-55-87);

Морозов Никита Евгеньевич, врач-кардиохирург (тел. +7911-228-61-83, morozov.nickita@gmail.com).

Отделение сердечно-сосудистой хирургии ФГБУ «Ялтинский многопрофильный медицинский центр Федерального медико-биологического агентства»:

Павел Владимирович Сухоручкин, заведующий отделением (тел. +7918-499-70-72 germak23rus@rambler.ru).

Регламент маршрутизации пациентов с врожденными и приобретенными пороками клапанов сердца

1. Настоящий Регламент устанавливает правила оказания медицинской помощи больным с врожденными и приобретенными пороками клапанов сердца (далее клапанной болезнью сердца – КБС) в медицинских организациях г.Севастополя.

2. Медицинская помощь при КБС оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе специализированной медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

3. Медицинская помощь при КБС оказывается в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации).

4. Медицинская помощь больным с КБС может быть оказана:

- экстренно при внезапных острых заболеваниях (состояниях), обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;
- неотложно при внезапных острых заболеваниях (состояниях), обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;
- планово, когда отсрочка оказания медицинской помощи на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

5. Медицинская помощь пациентам с КБС включает комплекс медицинских мероприятий: диагностические процедуры с целью постановки диагноза; лечебные, в том числе хирургические мероприятия (по показаниям); профилактические мероприятия; реабилитационные мероприятия.

6. Первичная медико-санитарная помощь при КБС оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

6.1. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

6.2. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом).

6.2.1. Врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), фельдшера ФАПов при оказании первичной медико-санитарной помощи обеспечивают диспансерным наблюдением больных с КБС и ХСН I–II А стадии и I–II функционального класса по NYHA, с фракцией выброса ЛЖ более 40%.

6.2.2. При наличии медицинских показаний к оказанию специализированной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), фельдшер ФАПа, направляют больного с КБС в амбулаторный кабинет кардиолога для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи.

6.2.3. Врачи-кардиологи при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи пациентам с КБС осуществляют следующие функции:

- оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи больным с КБС, направленными врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейный врач), фельдшерами ФАПов;

- диспансерное наблюдение, лечение, реабилитация следующей категории больных:

- КБС в сочетании с ХСН IIБ–III стадии и (или) фракцией выброса левого желудочка <40% и (или) III–IV функционального класса по NYHA;

- КБС в сочетании с ХСН I–II А стадии и I–II функционального класса по NYHA, с фракцией выброса более 40% в сочетании с сахарным диабетом и (или) хронической болезнью почек 4 и 5 стадии;

- отбор, подготовка и направление больных с КБС для оказания плановой специализированной медицинской помощи в кардиологическое отделение ГБУЗС «Городская больница №1 им. Н.И.Пирогова»;

- отбор, подготовка и направление больных для оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи.

6.2.4. Врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), фельдшер ФАПа медицинских организаций, не имеющих в штате врача-кардиолога, направляют больного с КБС на консультативный прием к кардиологу поликлиники ГБУЗС «Городская больница №1 им. Н.И.Пирогова».

7. Специализированная помощь больным с установленным диагнозом КБС оказывается медицинскими организациями в соответствии с трехуровневой системой оказания медицинской помощи.

7.1. Первичная специализированная медико-санитарная помощь пациентам с КБС оказывается в кардиологических амбулаторных кабинетах.

7.2. При невозможности оказания необходимой медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний, больной направляется в терапевтические отделения городских больниц №№1,4,9.

7.3. Направление пациентов для получения специализированной медицинской помощи в кардиологическое отделение ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И.Пирогова» осуществляется в плановом порядке после предварительного согласования с заведующим кардиологическим отделением ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И.Пирогова».

7.4. При невозможности оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях г. Севастополя пациент направляется в Федеральные центры сердечно-сосудистой хирургии Минздрава России.

7.5. Решение о необходимости направления пациента для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в Федеральные центры сердечно-сосудистой хирургии Минздрава России принимается врачебной комиссией медицинской организации по месту прикрепления пациента, при наличии у пациента заключения главного внештатного специалиста кардиолога Департамента здравоохранения города Севастополя.

8. При выписке из стационара пациенту на руки выдается эпикриз с указанием динамики состояния, данных лабораторных и инструментальных исследований, проведенного лечения и рекомендации по дальнейшему лечению и динамическому наблюдению.

9. Выписной эпикриз стационарного больного формируется в автоматизированной информационной системе лечебно-профилактического учреждения (АИС ЛПУ) в день выписки пациента.

10. В медицинской организации, территориально расположенной по месту проживания пациента, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (согласно участково-территориального принципа) в течение 5 рабочих дней после выписки из стационара, оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, устанавливается диспансерное наблюдение для реализации комплекса мер по вторичной профилактике и лечению сердечно-сосудистых осложнений, своевременной коррекции терапии и повышения приверженности к лечению.

11. Скорая медицинская помощь пациентам с КБС оказывается в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 № 388н станциями (отделениями) скорой медицинской помощи медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Севастополя в:

- экстренной и неотложной форме вне медицинской организации;
- амбулаторных-поликлинических условиях;

- условиях круглосуточного стационара.

11.1. Скорая медицинская помощь больным с КБС при острой декомпенсации сердечной недостаточности, развитием жизнеугрожающих аритмий, оказывается фельдшерами и врачами бригад СМП, которые обеспечивают проведение мероприятий по устранению угрожающих жизни состояний.

11.2. Врач/фельдшер СМП в обязательном порядке осуществляет дистанционную передачу ЭКГ в Дистанционный консультативно-диагностический центр РСЦ, согласовывает план лечения и маршрутизацию пациента.

11.3. При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация. Бригада скорой медицинской помощи доставляет пациентов с декомпенсацией КБС в зависимости от тяжести состояния пациента в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь по профилю «терапия» по территориальному принципу, либо в кардиологическое отделение ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» (по согласованию с заместителем главного врача).

11.4. При нарушении витальных функций пациент с КБС госпитализируется в ближайшую медицинскую организацию, имеющую в своей структуре палату реанимации и интенсивной терапии.

**Регламент телемедицинских консультаций пациентам
с сердечно-сосудистыми заболеваниями**

1. Телемедицинские технологии применяются при организации и оказании медицинской помощи при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой с целью получения протокола консультации врача-специалиста, привлекаемого для проведения консультации 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. Телемедицинские консультации с федеральными центрами проводят медицинские организации города Севастополя:

- ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова»;
- ГБУЗ С «Городская больница № 4»;
- ГБУЗС «Городская больница № 9».

3. Телемедицинские консультации по системе «врач-врач» применяются при организации и оказании медицинской помощи с привлечением сотрудников ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» в следующих случаях:

3.1. При необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичным течением заболевания;

3.2. Для определения дополнительного объема лабораторно-инструментальных методов обследования с целью проведения дифференциальной диагностики в диагностически сложных случаях;

3.3. Для оказания высокотехнологичной медицинской помощи;

3.4. Решения вопроса о целесообразности перевода в специализированную медицинскую организацию для проведения специализированного хирургического лечения с использованием специальных методов хирургического вмешательства и сложных медицинских технологий;

3.5. Невозможности выполнения рекомендаций федеральных специализированных центров.

4. ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» оказывает:

- плановые (отсроченные) телемедицинские консультации, согласованные с консультантом, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни больного, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи (не позднее 5 рабочих дней);

- экстренные телемедицинские консультации при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни больного (от 30 минут до 2 часов);

- неотложные телемедицинские консультации при внезапных заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни больного (от 3 до 24 часов).

5. Неотложная, экстренная и плановая медицинская помощь с использованием телемедицинских технологий оказывается по профилям сердечно-сосудистая хирургия, кардиология, неврология.

6. Показания для направления пациента на телемедицинскую консультацию определяет лечащий врач по согласованию с заведующим профильным отделением, заместителем главного врача или врачебной комиссией медицинской организации, в которой находится пациент.

7. До проведения телемедицинской консультации лечащий врач организует обследование пациента в соответствии со стандартом обследования по имеющейся у пациента патологии, получает у пациента информированное добровольное согласие на проведение телемедицинской консультации, оформляет запрос на консультацию с применением телемедицинских технологий, в котором четко сформулированы вопросы к консультанту, и представляет по системе telemed-service@sevmiac.ru в ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова».

8. При поступлении заявки на консультацию с применением телемедицинских технологий ответственное лицо передает документы заведующему профильным отделением для рассмотрения медицинских документов, согласовывает время проведения телеконсультации, информирует медицинскую организацию о времени и форме консультации, направляет протокол проведенной телемедицинской консультации в медицинскую организацию посредством telemed-service@sevmiac.ru.

9. Заключение и рекомендации консультанта вносятся медицинской организацией, представившей клинический случай для телемедицинской консультации, в медицинскую карту стационарного (амбулаторного) больного и хранятся в соответствии с установленными сроками.