



ПРАВИТЕЛЬСТВО СЕВАСТОПОЛЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ

П Р И К А З

«30» 01. 2024

№ 61

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

В соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации 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», письмом главного внештатного специалиста кардиолога Министерства здравоохранения Российской Федерации Е.В. Шляхто, 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. Алгоритм маршрутизации пациентов с острой кардиологической патологией (острым коронарным синдромом (далее – ОКС), тромбоэмболией легочной артерии (далее – ТЭЛА), нарушениями ритма и проводимости, острой сердечной недостаточностью (далее – ОСН) в соответствии с приложением № 1 к настоящему приказу;

1.2. Схему маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (далее – ОНМК) в соответствии с приложением № 2 к настоящему приказу;

1.3. Схему маршрутизации пациентов со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий в соответствии с приложением № 3 к настоящему приказу.

2. Главному врачу 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» (Коситченков А.А.), ГБУЗС «Городская больница № 4» (Ложкин Д.Л.), ГБУЗС «Севастопольская городская больница № 9» (Волкова Е.В.) обеспечить маршрутизацию пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в соответствии с настоящим приказом.

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 предоставлять на общепольничные КИЛИ 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 ОНМК и ОКС в городе Севастополе.

6. Директору ГБУЗС «Медицинский информационно-аналитический центр» обеспечить функционирование регистров больных с ОНМК и ОКС.

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;

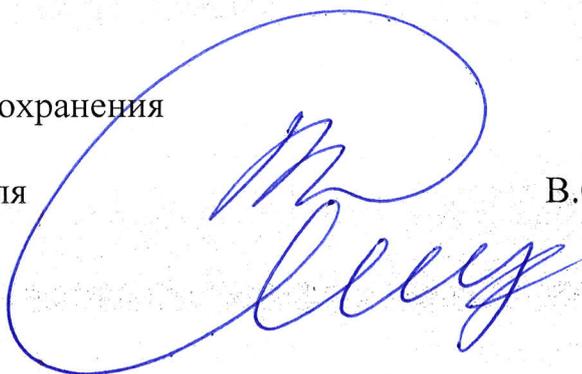
8. Признать утратившим силу приказ Департамента здравоохранения города Севастополя от 02.02.2023 № 89 «Об организации медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в городе Севастополе».

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

10. Настоящий приказ подлежит официальному опубликованию.

11. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя директора Департамента здравоохранения города Севастополя Семину Л.В.

Директор Департамента здравоохранения
города Севастополя –
член Правительства Севастополя

A large, stylized handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and flourishes, positioned to the right of the printed name.

В.С. Денисов

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

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

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 рентгенангиографические установки с режимом работы 24/7.

2. Формирование укладки бригады СМП, выезжающей для оказания неотложной помощи больным с ОКС, 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 Алгоритму 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 тромболитический. 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 проводиться тромболитическая терапия в машине СМП на этапе транспортировки в РСЦ.

10. Бригада СМП 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.

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;

12.4. При наличии показаний к реперфузионной терапии и невозможности доставить пациента в РСЦ в течении 90 минут, пациенту начинается 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:

- 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 Алгоритму маршрутизации
пациентов
с острыми и неотложными
сердечно-сосудистыми
состояниями

**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 СПМ 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 СПМ есть опыт проведения ТЛТ.		
Транспортировка больного в стационар займет 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 некомпрессируемых 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.

Схема маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК)

1. Маршрутизация больных неврологического профиля по экстренным показаниям (ОНМК), производится в Региональный сосудистый центр ГБУЗС «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова» (далее – 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.

8. Примерные 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 непрямых 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 тромболиза 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.

9. Особенности применения 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 неиммуногенной 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 тромболитической терапии у пациентов пожилого возраста остается положительным. Решение о проведении тромболитической терапии 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 противопоказаниями к тромболитической терапии.

10. Вопрос необходимости проведения церебральной ангиографии, стентирования сосудов головного мозга, внутрисосудистой тромбэктомии (механическая тромбэкстракция, 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.

11. 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.

12. 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.

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, продолжают 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.

13. 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 клиничко-диагностический центр»;

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

14. 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).

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

1. Медицинские организации, проводящие 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 «Городская больница № 9», ул. Умрихина, 16;

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

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

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

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

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

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

5.3. 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;

5.4. 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.

6. 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).