



Минздрав Мурманской области

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

Регистрационный № 08-2025-82
от 23.10.2025

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

от 23.10.2025

г. Мурманск

№ 581

Об организации оказания медицинской помощи взрослому населению Мурманской области при сердечно-сосудистых заболеваниях

В целях реализации региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», утвержденной постановлением Правительства Мурманской области, совершенствования организации оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Мурманской области **п р и к а з ы в а ю**:

1. Утвердить:

1.1. Положение об организации оказания медицинской помощи взрослому населению с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Мурманской области.

1.2. Правила ведения мониторинга и регламентов маршрутизации в Мурманской области (приложение к Положению об организации оказания медицинской помощи взрослому населению с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Мурманской области).

1.3. Регламент маршрутизации и организации оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Мурманской области.

1.4. Регламент маршрутизации и организации оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом.

1.5. Регламент маршрутизации и организации оказания медицинской помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью в Мурманской области.

1.6. Регламент маршрутизации и организации оказания медицинской помощи пациентам с тромбоэмболией легочной артерии в Мурманской области.

1.7. Регламент маршрутизации и организации оказания медицинской помощи пациентам с врожденными и приобретенными пороками клапанов сердца в Мурманской области.

1.8. Регламент маршрутизации и организации оказания медицинской помощи пациентам с острым аортальным стенозом в Мурманской области.

1.9. Регламент маршрутизации и организации оказания медицинской помощи пациентам с нарушением ритма и проводимости.

1.10. Регламент маршрутизации и организации оказания медицинской помощи пациентам с острой ишемией конечностей в Мурманской области.

1.11. Регламент маршрутизации и организации оказания медицинской помощи пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных (интракраниальных) отделов брахиоцефальных артерий.

1.12. Регламент организации телемедицинских консультаций пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

2. Руководителям медицинских организаций подведомственных Министерству здравоохранения Мурманской области, оказывающих медицинскую помощь, обеспечить:

2.1. Организацию деятельности медицинских организаций по оказанию медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (далее – ССЗ) в соответствии нормативными документами Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Минздрав России), Министерства здравоохранения Мурманской области (далее – Министерство).

2.1.1. Организацию исполнения еженедельных видеотелемедицинских обходов пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями с участием специалистов ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница имени П.А. Баяндина».

2.1.2. Организацию оснащения палаты отделения анестезиологии и реанимации техническими средствами для проведения круглосуточной телемедицины с видеотрансляцией (визуализация пациента, его витальных показателей, контакт с врачом-анестезиологом-реаниматологом, врачом-кардиологом, врачом-неврологом, врачом-сердечно-сосудистым хирургом, врачом-терапевтом и др.).

2.2. Взаимодействие и преемственность в вопросах организации оказания медицинской помощи больным с ССЗ между структурными подразделениями, филиалами медицинских организаций, первичными сосудистыми отделениями, региональным сосудистым центром ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница имени П.А. Баяндина» (далее – РСЦ).

2.3. Наличие в медицинских организациях лекарственных препаратов для соблюдения клинических рекомендаций с учетом стандартов оказания медицинской помощи.

2.4. Принятие исчерпывающих мер по укомплектованию вакантных ставок медицинских работников, а также подготовку и переподготовку медицинских кадров, участвующих в оказании медицинской помощи больным с ССЗ.

2.5. Взаимодействие со средствами массовой информации по вопросам профилактики ССЗ, первых симптомах заболеваний, методах самопомощи, необходимости раннего обращения за медицинской помощью.

2.6. Проведение мероприятий по выявлению лиц с риском возникновения ССЗ, проведению первичной и вторичной профилактики ССЗ.

2.7. Контроль за организацией обеспечения льготными лекарственными препаратами.

2.9. Организацию проведения ежеквартальных клинических врачебных конференций с разбором ошибок диагностики и лечения больных с ССЗ, с привлечением главных внештатных специалистов Министерства по профилю.

3. Рекомендовать руководителям медицинских организаций других ведомств, расположенных на территории Мурманской области и осуществляющих стационарную медицинскую помощь, обеспечить:

3.1. Организацию деятельности медицинских организаций по оказанию медицинской помощи больным с ССЗ в соответствии нормативными документами Минздрава России, Министерства.

3.2. Организацию взаимодействия и преемственности в вопросах организации оказания медицинской помощи больным с ССЗ между структурными подразделениями медицинских организаций, первичными сосудистыми отделениями, РСЦ.

3.3. Наличие в медицинских организациях лекарственных препаратов для соблюдения клинических рекомендаций с учетом стандартов оказания медицинской помощи.

3.4. Принятие исчерпывающих мер по укомплектованию вакантных ставок медицинских работников, а также подготовку и переподготовку медицинских кадров, участвующих в оказании медицинской помощи больным с ССЗ.

3.5. Взаимодействие со средствами массовой информации по вопросам профилактики ССЗ, первых симптомах заболеваний, методах самопомощи, необходимости раннего обращения за медицинской помощью.

3.6. Проведение мероприятий по выявлению лиц с риском возникновения ССЗ, проведению первичной и вторичной профилактики ССЗ.

3.7. Контроль за организацией диспансерного наблюдения пациентов с ССЗ в соответствии с требованиями нормативных документов Минздрава России.

3.8. Контроль за организацией обеспечения льготными лекарственными препаратами.

3.9. Проведение клинических врачебных конференций с разбором ошибок диагностики и лечения больных с ССЗ.

4. Считать утратившим силу следующие приказы Министерства:

- от 23.05.2024 № 344 «Об организации медицинской помощи взрослому населению «Об организации медицинской помощи взрослому населению Мурманской области при сердечно-сосудистых заболеваниях кардиологического профиля».

- от 26.09.2024 № 598 «Об организации оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Мурманской области».

5. Отделу административной работы Министерства здравоохранения Мурманской области (Суркова Н.В.) обеспечить:

5.1. Направление настоящего приказа в медицинские организации.

5.2. Размещение приказа в сети Интернет на официальном сайте Министерства здравоохранения Мурманской области, на «Официальном

интернет-портале правовой информации» pravo.gov.ru, в Официальном электронном бюллетене Правительства Мурманской области.

5.3. Направление настоящего приказа в прокуратуру Мурманской области, Управление Министерства Юстиции Российской Федерации по Мурманской области, Мурманскую областную Думу в соответствии с абзацами пятым, шестым и восьмым пункта 11.16 раздела 11 Регламента Правительства Мурманской области и иных исполнительных органов Мурманской области, утвержденного постановлением Правительства Мурманской области от 30.01.2014 № 32-ПП.

6. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Мурманской области Чуксеева С.Е.

**И.о. Заместителя Губернатора
Мурманской области –
министра здравоохранения
Мурманской области**



Е.И. Сулима

УТВЕРЖДЕНО
приказом
Министерства здравоохранения
Мурманской области
от 23.10.2025 № 581

**Положение об организации оказания медицинской помощи
взрослому населению Мурманской области
при сердечно-сосудистых заболеваниях**

Положение об организации оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Мурманской области (далее – Положение) устанавливает правила оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (далее – ССЗ) в Мурманской области, описывающий инфраструктуру, деятельность и принципы взаимодействия медицинских организаций (далее – МО), оказывающих медицинскую помощь пациентам с ССЗ. Положение определяет регламенты маршрутизации пациентов при отдельных сердечно-сосудистых заболеваниях и (или) состояниях на территории Мурманской области, и МО федерального уровня, в том числе с использованием телемедицинских технологий.

Положение создается на основе клинических рекомендаций, соответствует действующим порядкам и положениям об организации медицинской помощи пациентам с ССЗ.

Положение регулирует вопросы организации оказания плановой, экстренной и неотложной медицинской помощи при ССЗ взрослому населению в МО Мурманской области, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания населению Мурманской области бесплатной медицинской помощи.

Алгоритм утверждения и периодичность пересмотра Положения

1. Правила и регламенты маршрутизации организации медицинской помощи пациентам с ССЗ разрабатываются (актуализируются) главными внештатными специалистами региона по профилю (кардиология, неврология, сосудистая хирургия, аритмология, кардиохирургия) ежегодно не позднее 01 марта и утверждаются приказом Министерства здравоохранения Мурманской области (далее – Министерство) ежегодно до 1 апреля.

3. При изменении инфраструктуры, схем маршрутизации, нормативных правовых актов главные внештатные специалисты региона по профилю (кардиология, неврология, сосудистая хирургия, аритмология, кардиохирургия) актуализируют Положение и регламенты вне утвержденных сроков и представляют их в Министерство.

4. Положение предусматривает мониторинг выполнения регламентов маршрутизации в виде сбора, хранения и анализа информации по эффективности системы маршрутизации пациентов с ССЗ на всех этапах.

5. Положение разработано на основе нормативно-правовых актов, методических и справочных материалов.

6. Медицинская помощь взрослому населению при ССЗ оказывается на основе клинических рекомендаций; в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых и рекомендованных к использованию Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также нормативных документов Министерства здравоохранения Мурманской области, учитывающих специфику субъекта в вопросах организации оказания медицинской помощи.

7. Медицинская помощь взрослому населению при ССЗ оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи (первичная доврачебная медико-санитарная помощь, первичная врачебная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь);
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

8. Медицинская помощь взрослому населению при ССЗ может быть оказана:

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

9. Медицинская помощь взрослому населению при ССЗ на территории Мурманской области 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 лечения);
- вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации).

Организации оказания первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи, пациентам с ССЗ на территории Мурманской области

1.1. Перечень медицинских организаций (всех форм собственности), оказывающих в рамках Территориальной программы государственных гарантий первичную медико-санитарную помощь взрослому населению

Медицинская организация (филиалы медицинских организаций)	Муниципальное образование	Население
ГОАУЗ «Мурманский областной медицинский центр»	Городской округ г. Мурманск	264339
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Центральная районная больница ЗАТО г. Североморск (Городская поликлиника, ФАП)	Городской округ закрытое административно-территориальное образование г. Североморск Мурманской области	32591
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Кольская центральная районная больница (поликлиники, 7 амбулаторий, 11 ФАПов)	Кольский муниципальный округ Мурманской области	37173
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Апатитско-Кировская центральная районная больница (поликлиники, 2 ФАПа)	Муниципальный округ г. Кировск с подведомственной территорией Мурманской области; Муниципальный округ г. Апатиты с подведомственной территорией Мурманской области	74182
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Мончегорская центральная районная больница (поликлиники, 2 амбулатории, 2 ФАПа)	Муниципальный округ г. Мончегорск с подведомственной территорией Мурманской области	41064
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Ковдорская центральная районная больница	Ковдорский муниципальный округ Мурманской области	16439
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Кандалакшская центральная районная больница (поликлиники, 3 амбулатории, 9 ФАПов)	Кандалакшский муниципальный округ Мурманской области	43566

Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Ловозерская центральная районная больница (поликлиники, ФАП)	Ловозерский муниципальный округ Мурманской области	8554
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Оленегорская центральная районная больница (поликлиника)	Муниципальный округ г. Оленегорск с подведомственной территорией Мурманской области	27818
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Печенгская центральная районная больница (поликлиники, 1 амбулатория, 4 ФАПа)	Печенгский муниципальный округ Мурманской области	28918
ФГБУЗ «МСЧ № 118 ФМБА России» (поликлиника, амбулатории)	Муниципальный округ г. Полярные Зори	15634
ФГБУЗ «ЦМСЧ № 120 ФМБА России» (поликлиники, амбулатории)	Городские округа ЗАТО Александровск; ЗАТО г. Заозерск, ЗАТО г. Островной	21256
ФГБУЗ «ММЦ им. Н.И. Пирогова ФМБА России» (консультативно-диагностический центр)	Городской округ город г. Мурманск	17497

Данные по населению представлены на 01.01.2025 ТОФСГС по МО.

1.2. Перечень медицинских организаций (всех форм собственности), оказывающих в рамках Территориальной программы государственных гарантий первичную специализированную медико-санитарную помощь пациентам с ССЗ в амбулаторных условиях (консультативная, диспансерное наблюдение)

Медицинская организация (филиалы мед. организации)	Зона ответственности	Профиль помощи
ГООУЗ «Мурманский областной медицинский центр»	Городской округ г. Мурманск	Кардиология Неврология
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Кольская центральная районная больница	Кольский муниципальный округ Мурманской области	Кардиология Неврология
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» -	Кандалакшский муниципальный округ Мурманской области	Кардиология Неврология

Кандалакшская центральная районная больница		
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Мончегорская центральная районная больница	Муниципальный округ г. Мончегорск с подведомственной территорией Мурманской области	Кардиология Неврология
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Печенгская центральная районная больница	Печенгский муниципальный округ Мурманской области	Кардиология Неврология
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Апатитско-Кировская центральная районная больница	Муниципальный округ г. Кировск с подведомственной территорией Мурманской области; Муниципальный округ г. Апатиты с подведомственной территорией Мурманской области	Кардиология Неврология
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Оленегорская центральная районная больница	Муниципальный округ г. Оленегорск с подведомственной территорией Мурманской области	Кардиология Неврология
ФГБУЗ «ММЦ им. Н.И. Пирогова ФМБА России» (консультативно- диагностический центр)	г. Мурманск (приписное население), ЗАТО г. Островной, ЗАТО г. Заозерск, г. Оленегорск - 2	Кардиология

1.3. Перечень медицинских организаций (всех форм собственности), оказывающих в рамках Территориальной программы государственных гарантий первичную специализированную медико-санитарную помощь пациентам с ССЗ в амбулаторных условиях (только консультативная помощь)

<i>Медицинская организация</i>	<i>Зона ответственности</i>	<i>Профиль помощи</i>
ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница имени П.А. Баяндина» (консультативно-диагностический центр)	г. Мурманск и Мурманская область	Кардиология Неврология Сердечно-сосудистая хирургия
ФГБУЗ «ММЦ им. Н.И. Пирогова ФМБА России» (консультативно-диагностический центр)	г. Мурманск и Мурманская область (прикрепленное население)	Сердечно-сосудистая хирургия

1.4. Направление пациентов с подозрением на наличие или установленным ССЗ к врачу-специалисту в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Первичная специализированная медико-санитарная медицинская помощь пациентам с ССЗ оказывается врачами-кардиологами, врачами-неврологами, врачами сердечно-сосудистыми хирургами.

При выявлении подозрения на ССЗ при отсутствии показаний к неотложной или экстренной стационарной помощи врачи-терапевты, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-терапевты участковые цехового врачебного участка по территориально-участковому принципу, а также фельдшеры медицинских организаций, наделенные руководителем медицинской организации функциями лечащего врача, проводят необходимый перечень диагностических и лабораторных исследований в соответствии с клиническими рекомендациями и при наличии показаний направляют пациентов к врачам специалистам (врач-кардиолог, врач-невролог, врач-сердечно-сосудистый хирург) для оказания первичной медико-санитарной специализированной помощи.

Пациенты, проживающие в местности, где не предусмотрены ставки врачей-специалистов (врач-кардиолог, врач-невролог, врач-сердечно-сосудистый хирург), направляются на консультацию и диспансерное наблюдение к врачу-специалисту ближайшей к месту жительства медицинской организации, где оказывается

первичная специализированная медико-санитарная помощь по профилю (кардиология, неврология, сердечно-сосудистая хирургия и другие).

Консультативная помощь пациентам с ССЗ оказывается в том числе и посредством телемедицинских технологий специалистами ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» (далее – МОКБ).

При установленном диагнозе ССЗ врачами-терапевтами, врачами общей практики (семейные врачи), врачами-терапевтами участковых цеховых врачебных участков по территориально-участковому принципу, а также фельдшерами медицинских организаций, наделенные руководителем медицинской организации функциями лечащего врача, направление к врачам-специалистам первичного звена осуществляется:

- при прогрессировании ССЗ, требующих коррекции подобранной терапии, применения дополнительных инструментальных методов обследования;
- при трудностях в постановке диагноза у пациента с ССЗ;
- для решения вопроса о показаниях к плановой госпитализации, плановому инвазивному обследованию, плановому оперативному лечению.

Направление пациентов с установленным ССЗ в консультативно-диагностический центр МОКБ осуществляется в соответствии с приказом Министерства от 29.03.2023 № 184 «Об оказании консультативно-диагностической помощи населению Мурманской области» требует изменений в связи с реорганизацией:

К врачу-кардиологу, врачу-кардиологу-аритмологу:

- ИБС, приобретенные пороки сердца для решения вопроса о специализированных методах обследования;
- злокачественные формы артериальной гипертензии, не поддающиеся медикаментозной терапии;
- тяжелые формы ИБС и ХСН, не подлежащие хирургической коррекции и не поддающиеся медикаментозной терапии;
- перенесенный инфекционный эндокардит (прогрессирование симптомов) для решения тактических вопросов;
- кардиомиопатии;
- перенесенные миокардиты, перикардиты для коррекции терапии;
- наличие легочной гипертензии различного генеза;
- пациенты после хирургических вмешательств на сердце: РЧА, имплантация ЭКС/ИКД, стентирование коронарных артерий, после вмешательств на открытом сердце – не реже 1 раза в год.
- нарушения сердечного ритма, требующие уточнения и определения показаний к инвазивным исследованиям, оперативному лечению;

К сосудистому неврологу:

- наличие последствий перенесенного ОНМК;
- наличие атеросклероза брахиоцефальных артерий;

- Перенесенная транзиторная глобальная амнезия.

К врачу-нейрохирургу:

- сосудистые заболевания ЦНС;

К врачу-сердечно-сосудистому хирургу (ангиохирург):

- варикозная болезнь нижних конечностей;

- посттромботическая болезнь нижних конечностей;

- стенозирующие заболевания артерий нижних конечностей;

- ишемическая болезнь мозга со стенозами более 60% брахиоцефальных артерий;

- аневризмы нисходящего отдела аорты и периферических артерий;

- васкулиты.

Врачи-терапевты, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-терапевты участковые цехового лечебного участка по территориально-участковому принципу, а также фельдшеры медицинских организаций, наделенные руководителем медицинской организации функциями лечащего врача, осуществляют:

1. Лечение и диспансерное наблюдение пациентов в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Минздрав России) от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

2. Направление к врачу-специалисту при подозрении или установленном диагнозе ССЗ.

3. Отбор, подготовку и направление пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями для оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара.

4. Экспертизу временной нетрудоспособности у пациентов с заболеваниями сердечно - сосудистой системы.

5. Проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению, в том числе организацию и проведение школ здоровья для больных с артериальной гипертензией, ИБС, ХСН и пр.

6. Мониторинг и анализ основных медико - статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности от сердечно-сосудистой патологии у прикрепленного населения.

7. Проведение анализа качества и эффективности лечебной работы и диспансерного наблюдения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями у прикрепленного населения, а также анализ эффективности работы по выявлению лиц с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний.

8. Внедрение в практику новых методов профилактики, диагностики и лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

9. Участие в создании и работе кабинетов диспансерного наблюдения пациентов высокого сердечного сосудистого риска. Проходят тематическое

усовершенствование по темам ССЗ.

Врачи-специалисты при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляют:

1. Оказание консультативной и лечебной помощи пациентам с ССЗ и лицам с повышенным сердечно-сосудистым риском по направлению участковых врачей-терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей), фельдшеров медицинских организаций, наделенных руководителем медицинской организации функциями лечащего врача.

2. Лечение и диспансерное наблюдение пациентов в соответствии с приказом Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

3. Отбор, подготовку и направление пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в том числе для оперативного лечения.

4. Отбор, подготовку и направление пациентов на специализированные методы обследования (коронарография, ангиография, ангиопульмонография, ЭФИ, МСКТ и др.).

5. Отбор для оказания высокотехнологичной (далее – ВМП) медицинской помощи в соответствии с установленным порядком оказания ВМП, а также учет лиц, ожидающих и получивших ВМП по поводу заболеваний ССЗ.

6. Экспертизу временной нетрудоспособности у пациентов с ССЗ.

7. Разработку и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению, в том числе организацию и проведение школ здоровья для больных с артериальной гипертонией, ИБС, ХСН и пр.

8. Мониторинг и анализ основных медико - статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности от сердечно-сосудистой патологии в районе обслуживания.

9. Проведение анализа качества и эффективности лечебной работы и диспансерного наблюдения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в районе обслуживания, а также анализ эффективности работы по выявлению лиц с повышенным риском ССЗ.

10. Внедрение в практику новых методов профилактики, диагностики и лечения пациентов с ССЗ.

11. Ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов

о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено нормативными документами.

Сроки проведения консультаций врачей-специалистов не должны превышать 14 рабочих дней со дня установления показаний для консультации.

Сроки проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований не должны превышать 14 рабочих дней со дня назначения

исследований.

Организация мониторинга показателей:

- промежуток между получением направления к врачу-специалисту и явкой пациента;
- сроки проведения инструментальных и лабораторных обследований в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи;
- время и форма (экстренная, неотложная, плановая) госпитализации в стационар в связи с ССЗ с момента выявления диагноза, осуществляется медицинскими организациями, направляющими пациентов с ССЗ на первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Контроль за организацией мониторинга и его показателей, предоставление данных в Министерство или по запросу главных внештатных специалистов Министерства возлагается на руководителей медицинских организаций, направляющих пациентов с ССЗ на первичную специализированную медико-санитарную помощь.

1.5. Постановка на диспансерное наблюдение после выявления сердечно-сосудистого заболевания.

Диспансерное наблюдение (периодичность осмотров, соблюдение перечня контролируемых показателей) проводится в соответствии с порядком, утвержденным Приказом Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

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

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

Срок диспансерного наблюдения за пациентами, перенесшими острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, аортокоронарное шунтирование, стентирование коронарных артерий, радиочастотную абляцию, а также пациентами, имеющими ишемическую болезнь сердца в сочетании с фибрилляцией/трепетанием предсердий и хронической сердечной недостаточности с ФВ менее 40%, устанавливается в день выписки из стационара.

Охват диспансерным наблюдением лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями и инфекционными заболеваниями и лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском, не менее 70%.

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

Руководитель медицинской организации, осуществляющей диспансерное наблюдение за пациентами с ССЗ, организует мониторинг и ежемесячный контроль за следующими показателями:

- срок взятия на диспансерное наблюдение;
- периодичность диспансерных приемов;
- соблюдение перечня контролируемых показателей в рамках диспансерного наблюдения;
- охват диспансерным наблюдением лиц с ССЗ, в том числе трудоспособного возраста;
- достижение целевых значений показателей состояния здоровья;
- сокращение количества обращений по поводу обострений ССЗ;
- снижение числа вызовов скорой медицинской помощи пациентов с ССЗ по поводу обострений и/или осложнений заболевания;
- уменьшение сила экстренных госпитализаций у диспансерной группы пациентов с ССЗ;
- уменьшение смертности от ССЗ у диспансерной группы пациентов с ССЗ.

Ежемесячно проводит анализ показателей мониторинга и предоставляет информацию в Министерство здравоохранения Мурманской области и главным внештатным специалистам региона.

Диспансерное наблюдение пациентов с высоким риском осложнений сердечно-сосудистых заболеваний осуществляется в соответствии с регламентом маршрутизации в кабинеты диспансерного наблюдения пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском.

2. Организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи взрослым пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Мурманской области

2.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих в рамках Территориальной программы государственных гарантий специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь взрослому населению

Медицинская организация (филиалы мед.организаций)	Зона ответственности	Форма оказания и профиль помощи
ГБУЗ «Мурманская областная клиническая больница имени П.А. Баяндина»	Городской округ г. Мурманск и Мурманская область	Экстренная, неотложная, плановая кардиология; экстренная, неотложная, плановая неврология; экстренная неотложная, плановая сердечно-сосудистая хирургия; экстренная неотложная, плановая нейрохирургия;

		высокотехнологичная медицинская помощь
ГБОУЗ «Мурманский областной клинический многопрофильный центр»	Городской округ г. Мурманск и Мурманская область Кольский муниципальный округ Мурманской области Городской округ закрытое административно-территориальное образование г. Североморск Мурманской области	Экстренная, неотложная, плановая кардиология; экстренная, неотложная, плановая неврология; высокотехнологичная медицинская помощь
Филиал ГБОУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Кандалакшская центральная районная больница	Кандалакшский муниципальный округ Мурманской области Терский муниципальный округ Мурманской области	Экстренная, неотложная, плановая кардиология; экстренная, плановая неврология
Филиал ГБОУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Мончегорская центральная районная больница	Муниципальный округ г. Мончегорск с подведомственной территорией Мурманской области; Ковдорский муниципальный округ Мурманской области Муниципальный округ г. Оленегорск с подведомственной территорией Мурманской области Ловозерский муниципальный округ Мурманской области	Экстренная, неотложная, плановая кардиология; экстренная, неотложная, плановая неврология.
Филиал ГБОУЗ «Мурманская областная	Муниципальный округ г. Кировск с подведомственной	Экстренная, неотложная, плановая кардиология Экстренная, неотложная, плановая

клиническая больница им. П.А. Баяндина» Апатитско-Кировская центральная городская больница	территорией Мурманской области; Муниципальный округ г. Апатиты с подведомственной территорией Мурманской области	неврология Высокотехнологичная помощь
ФГБУЗ «ММЦ имени Н.И. Пирогова» ФМБА России	Городской округ г. Мурманск и Мурманская область (приписное население)	Экстренная, неотложная, плановая кардиология

2.2. Общие принципы госпитализации пациентов с ССЗ

Госпитализация в круглосуточные стационары в экстренном и плановом порядке, в дневные стационары в плановом порядке осуществляется в соответствии с приказом Министерства от 01.06.2015 № 277 «О госпитализации в медицинские организации Мурманской области» требует доработки с учетом объединения медицинских организаций.

Госпитализация в терапевтические отделения медицинских организаций пациентов с ССЗ проводится в следующих случаях:

- артериальная гипертония (экстренная и плановая госпитализация) с консультацией врача-кардиолога (очная или посредством телемедицинской консультации) при наличии показаний для коррекции терапии, необходимости перевода в специализированное отделение;

- хроническая ишемическая болезнь сердца (плановая госпитализация) для неинвазивного обследования при невозможности проведения обследования в амбулаторных условиях с консультацией врача-кардиолога (очная или посредством телемедицинской консультации) для коррекции терапии, определение дальнейшей тактики ведения.

В остальных случаях госпитализация/ перевод пациентов с ССЗ осуществляется в профильные специализированные отделения по территориальному признаку (зон ответственности).

2.3. Направление на плановую госпитализацию пациентов с ССЗ.

Направление на оказание специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной помощи) в плановой форме осуществляется лечащим врачом в соответствии с приказом Министерства от 01.06.2015 № 277 «О госпитализации в медицинские организации Мурманской области» требует доработки с учетом объединения медицинских организаций.

В случае, если в реализации территориальной программы государственных

гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Форма направления на стационарное лечение в медицинские организации Мурманской области утверждается нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Мурманской области. Все пункты формы направления должны быть заполнены. Дополнительно, в обязательном порядке, в направлении должна быть указана цель госпитализации.

Сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи не должны превышать 14 рабочих дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию.

Определение показаний для высокотехнологичной медицинской помощи в плановой форме осуществляется врачебной комиссией медицинской организации, в которой пациенту оказывается первичная специализированная медико-санитарная помощь или специализированная помощь.

Руководитель медицинской организации, осуществляющей направление на специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, организует мониторинг и анализ следующих показателей:

- сроки ожидания специализированной медицинской помощи;
- сроки ожидания и объем оказания высокотехнологической медицинской помощи жителям Мурманской области как в регионе, так и за его пределами.

Предоставляет данную информацию по запросу в Министерство здравоохранения Мурманской области и главным внештатным специалистам региона.

2.4. Направление на экстренную/неотложную госпитализацию пациентов с ССЗ.

Направление на экстренную/неотложную госпитализацию пациентов с ССЗ, а также перевод из одной медицинской организации или филиала в другую медицинскую организацию (филиал) осуществляется в соответствии с приказом Министерства от 01.06.2015 № 277 «О госпитализации в медицинские организации Мурманской области» требует доработки с учетом объединения медицинских организаций, а также в соответствии с утвержденными регламентами.

Для получения специализированной медицинской помощи в экстренной или неотложной форме пациент с ССЗ доставляется бригадой скорой медицинской помощи, бригадой территориального центра медицины катастроф или

самостоятельно обращается в медицинскую организацию.

Время от момента доставки пациента с ССЗ или самообращения в медицинскую организацию до установления предварительного диагноза не должно превышать одного часа.

При экстренной госпитализации в терапевтические отделения (за исключением артериальной гипертонии) пациенты с ССЗ переводятся в профильные отделения по территориальному признаку.

В случаях неэффективной терапии, наличия трудностей в диагностике и установке диагноза, а также требующих специализированных методов обследования в стационаре 3 уровня, у пациентов, находящихся в терапевтических или кардиологических отделениях стационаров, лечащими врачами осуществляется консультация врачами-кардиологами ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница имени П.А. Баяндина» или ГОБУЗ «Мурманский областной клинический многопрофильный центр» посредством телемедицинской связи с целью решения вопроса перевода или определения дальнейшей тактики ведения пациента.

2.5. Обеспечение преемственности между стационаром и амбулаторным звеном.

Все медицинские организации, оказывающие стационарную медицинскую помощь, при выписке пациентов, перенесших ОИМ, ОНМК, стентирование коронарных артерий, радиочастотную абляцию, коронарное шунтирование и/или имеющие ИБС в сочетании с фибрилляцией предсердий и ХСН с ФВ менее 40%, заносят данные о пациенте в программу «Модуль» не позднее дня выписки с обязательным указанием рекомендуемых лекарственных препаратов и их дозировки.

Все медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную, в том числе первичную специализированную, помощь ежедневно просматривают информацию в системе «Модуль» и не позднее следующего за выпиской дня устанавливают диспансерное наблюдение за пациентом, обеспечивают его лекарственными препаратами. В системе «Модуль» делается отметка о постановки на диспансерный учет и о полученных лекарственных препаратах. Также заносят всю информацию о пациенте в единую информационную систему (е-Фарма).

Контроль эффективности и своевременности обеспечения лекарственными препаратами осуществляется в системе «Модуль» и «Е-фарма».

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

Первый этап реабилитации осуществляется при оказании

специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в структурных подразделениях медицинских организаций (филиалах).

Пациентам, получившим специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь лечащим врачом определяется последующий этап лечения с использованием категорий международной классификации функционирования и шкалы реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ):

- 2 этап реабилитации осуществляется в стационарных условиях в отделениях реабилитации пациентов, санаторно-курортных организациях;
- 3 этап реабилитации осуществляется при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях или условиях дневного стационара;
- амбулаторное лечение (при отсутствии показаний к 2 или 3 этапу реабилитации;
- паллиативная помощь;
- сестринский уход или домашний уход.

Перечень медицинских организаций, осуществляющих медицинскую реабилитацию пациентам с ССЗ.

Медицинская организация	Зона ответственности	Профиль помощи	Этап и характер реабилитации
ГБОУЗ «Мурманский областной клинический многопрофильный центр»	г. Мурманск, Мурманская область	Неврология; Кардиология	2 этап медицинской реабилитации пациентов: - с общесоматическими заболеваниями; - с нарушением функции ЦНС
ООО СГК «Изовела», санаторий	Мурманская область	Неврология; Кардиология	2 этап медицинской реабилитации: - с общесоматическими заболеваниями; - с нарушением функции ЦНС
ГООАУЗ «Мурманский областной медицинский центр»	г. Мурманск	Неврология; Кардиология	3 этап медицинской реабилитации

На территории Мурманской области функционируют 2 санатория, где пациенты с ССЗ проводится санаторно-курортное лечение. Направление на санаторно-курортное лечение выдает лечащий врач при оказании первичной медико-санитарной помощи с оформлением санаторно-курортной карты.

В обязательном порядке оцениваются показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению, проводится врачебная комиссия.

Перечень медицинских организаций, оказывающих санаторно-курортное лечение на территории Мурманской области

Наименование санатория	Профиль пациентов
ООО СГК «Изовела»	Все
Санаторно-оздоровительный комплекс «Тирвас»	Все

Проведение профилактики болезней системы кровообращения осуществляется врачами-терапевтами, врачами общей практики, специалистами отделений (кабинетов) медицинской профилактики, Центров здоровья, врачами кардиологических отделений стационаров и кардиологических кабинетов поликлиник медицинских организаций.

Координатором организации проведения профилактических мероприятий на территории Мурманской области является ГОАУЗ «Мурманский областной медицинский центр».

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

В рамках постановления Правительства Мурманской области от 11.11.2020 № 789-ПП «Об утверждении государственной программы Мурманской области «Здравоохранение» осуществляется льготное обеспечение лекарственными препаратами пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, а также имеющих сочетание ишемической болезни сердца с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с ФВ менее 40% и Постановления Правительства Мурманской области от 02.04.2020 № 162-ПП «Об обеспечении профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска, находящегося на диспансерном наблюдении».

Критерии включения пациентов в льготную группу:

1. Наличие перенесенных событий:

- острый инфаркт миокарда;
- острое нарушение мозгового кровообращения;
- аортокоронарное шунтирование;
- стентирование коронарных артерий;
- радиочастотная абляция;
- ишемическая болезнь сердца в сочетании с фибрилляцией/трепетанием

предсердий и хронической сердечной недостаточностью с ФВ менее 40% (далее ИБС+ФП+ХСН).

2. Нахождение пациента на диспансерном учете.

3. Перенесенные события сроком не более 2х лет, за исключением ИБС+ФП+ХСН. Событие ИБС+ФП+ХСН без установленного срока давности.

Длительность льготного лекарственного обеспечения:

Для события ИБС+ФП+ХСН – длительность без ограничений. Для остальных событий длительность ограничена 2 годами.

Информация о пациенте, перенесшим вышеуказанные события, в день выписки из стационара передается в информационной системе «Модуль» с целью постановки на диспансерное наблюдение и получение льготных лекарственных препаратов в день/на следующий день выписки.

Факт обеспечения льготными препаратами подтверждается путем введения информации по отпуску рецепта в единую информационную систему (е-Фарма) обеспечения отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными препаратами, ведется автоматизированный учет операций движения лекарственных препаратов и формирование регистра пациентов в режиме онлайн.

Министерством организован еженедельный контрольный аналитический мониторинг реализации данного проекта.

Оценка уровня лекарственной обеспеченности пациентов, включая обеспечение преемственности лекарственного обеспечения на различных этапах оказания медицинской помощи и анализ количества пациентов, имеющих право на получение набора социальных услуг, осуществляется ежемесячно с помощью программы «Мониторинг диспансеризации лиц, перенесших ОНМК и ОИМ» в единой информационной системе льготного лекарственного обеспечения.

Ведение реестров больных, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение, количество выписанных и обеспеченных рецептов больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в рамках льготного лекарственного обеспечения осуществляется в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства от 26.08.2025 № 479 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения № 483 «Об утверждении Порядка взаимодействия субъектов, организующих и осуществляющих обеспечение отдельных категорий граждан по рецептам лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания за счет средств федерального и регионального бюджета».

5. Перечень ответственных лиц за соблюдением Положения

Ответственное лицо	Полномочие	Зона ответственности	Механизм контроля
Заместитель	Министерство	Общий контроль за	Запрос

министра Министерства здравоохранения Мурманской области	здравоохранения Мурманской области	соблюдением РП и регламентов маршрутизации	статистической информации, анализа исполнения, принятие управленческих решений
Главные внештатные специалисты: Сердечно- сосудистый хирург; Кардиохирург; Кардиолог; Невролог; Аритмолог	Министерство здравоохранения Мурманской области	Контроль за маршрутизацией пациентов, качеством оказания медицинской помощи; актуализация РП и регламентов маршрутизации	Участие в режиме ежедневных ВКС с медицинскими организациями; Согласование статистической информации и проведение ее анализа; Анализ ведения медицинских карт; принятие управленческих решений
Руководитель ГБУЗ «МОССМП»	ГБУЗ «МОССМП»	Контроль за маршрутизацией пациентов посредством бригад скорой медицинской помощи; Контроль за временными промежутками оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе; Контроль качества оказания медицинской помощи; Внесение предложений по актуализации РП и регламентов	Организация сбора информации; Анализ выполнения маршрутизации; Анализ качества оказания медицинской помощи

		маршрутизации.	
Руководители медицинских организаций	Медицинские организации	Контроль за соблюдением РП и регламентов маршрутизации в своей медицинской организации; Сбор статистической информации и ее анализ;	Анализ медицинских карт на исполнение РП, маршрутизации и качество оказания медицинской помощи; Отчет в режиме ежедневных ВКС о поступивших пациентах и тактике их ведения; Своевременное заполнение всех мониторингов и анализ показателей; Информирование Министерства здравоохранения Мурманской области о проблемах и достижениях.
Руководитель медицинского информационно-аналитического центра	ГБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина»	Ведение всех мониторингов, анализ предоставленной информации	Сбор и согласование статистической информации и проведение ее анализа.

Приложение
к Положению
об организации оказания
медицинской помощи
взрослому населению
Мурманской области при сердечно -
сосудистых заболеваниях

Правила ведения мониторинга и регламентов маршрутизации

Формирование системы сбора и хранения информации осуществляется на базе медицинского информационно-аналитического центра (далее – МИАЦ) ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» (далее – МОКБ).

Для формирования системы сбора и хранения информации используется информация из следующих источников:

- региональные сегменты Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения: «управление очередями», как на госпитализацию, так и на консультативную помощь; «портал врача», где собирается полная информация о пациенте);
- данные территориальных фондов обязательного медицинского страхования;
- данные региональной информационной системы мониторинга (далее – РИСМ);
- данные регионального сегмента «медицинские свидетельства о смерти»;
- федеральные формы статистического наблюдения;
- системы сбора и анализа информации в рамках Федеральных инцидентов.

В РИСМ по всем мониторингам ежемесячно собирается информация от медицинских организаций, ответственные за предоставление информации руководители медицинских организаций. Своевременный сбор информации и ее достоверность контролируется сотрудниками МИАЦ, руководителем регионального сосудистого центра и главными внештатными специалистами.

На основании полученной информации проводится ежемесячный анализ статистических данных в разрезе медицинских организаций и в целом по региону по различным показателям, в том числе входящих в региональную программу «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», Федеральные инциденты. Анализ показателей осуществляется главными внештатными специалистами, руководителем регионального сосудистого центра, сотрудниками Министерства здравоохранения Мурманской области.

На основе анализа данных разрабатываются мероприятия по устранению недостатков в организации оказания медицинской помощи, принимаются управленческие решения.

С целью оперативного контроля выполнения регламентов маршрутизации МОКБ как якорного учреждения, организованы ежедневные

видеоконференцсвязи с медицинскими организациями (филиалами) по предоставлению ежедневной информации о поступивших пациентах, их состоянии, тактике ведения, принимаются совместные решения по тактике ведения, необходимости переводов пациентов в специализированные отделения. Так же медицинские организации информируют об умерших пациентах, их диагнозах и направлении на патологоанатомическое вскрытие.

УТВЕРЖДЕН
приказом
Министерства здравоохранения
Мурманской области
от 23.10.2025 № 581

Регламент маршрутизации и оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Мурманской области

I. Общие положения

Регламент маршрутизации и оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Мурманской области (далее – Регламент) описывает поэтапный непрерывный процесс оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (далее – ОНМК), алгоритмы и протоколы действия медицинского персонала, маршрутизацию пациентов.

Регламент содержит следующую информацию:

- перечень медицинских организаций (филиалов) Мурманской области, в структуре которых организованы неврологические отделения ОНМК с палатами реанимации и интенсивной терапии для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (первичные сосудистые отделение), региональный сосудистый центр, зоны ответственности;

- перечень медицинских организаций (всех форм собственности), оказывающих в рамках Территориальной программы государственных гарантий скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь при остром нарушении мозгового кровообращения;

- перечень медицинских организаций (всех форм собственности), оказывающих в рамках Территориальной программы государственных гарантий специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, при остром нарушении мозгового кровообращения;

- чек-лист врачебно-фельдшерской бригады скорой медицинской помощи, осуществляющей медицинскую эвакуацию больного с ОНМК в медицинские организации (приложение № 1 к Регламенту);

- поэтапные алгоритмы оказания медицинской помощи больным с подозрением на ОНМК (приложение № 2 к Регламенту);

- протокол процедуры системного тромболизиса при ишемическом инсульте препаратом актилизе (приложение № 3 к Регламенту);

- протокол процедуры системного тромболизиса при ишемическом инсульте препаратом фортелизин (приложение № 4 к Регламенту);

- протокол процедуры системного тромболизиса при ишемическом инсульте препаратом тенектаплаза (приложение № 5 к Регламенту);

- протокол введения индаруцизумаба (приложение № 6 к Регламенту);

- протокол внутрисосудистой реканализации при ишемическом инсульте (приложение № 7 к Регламенту);
- показания и противопоказания к хирургическому лечению геморрагического инсульта (приложение № 8 к Регламенту);
- стандартизированное скрининговое тестирование функции глотания (приложение № 9 к Регламенту);
- профилактика венозных тромбоэмболических осложнений (приложение № 10 к Регламенту);
- алгоритм процедуры видеотелемедицинской тромболитической терапии при ишемическом инсульте (приложение № 11 к Регламенту);
- алгоритм видеотелемедицинских осмотров пациентов с ОНМК (приложение № 12 к Регламенту);

Оказание медицинской помощи больным с ОНМК на догоспитальном этапе осуществляется бригадами скорой медицинской помощи (далее – СМП) согласно алгоритму ведения больных с подозрением на ОНМК на догоспитальном этапе.

Диспетчеры службы СМП во время телефонного контакта для диагностики инсульта в обязательном порядке используют тест «BEFAST» («баланс-зрение-лицо-рука-речь-время»).

Госпитализации в экстренном порядке, подлежат все пациенты с подозрением на ОНМК, включая подозрения на транзиторную ишемическую атаку (далее – ТИА), транзиторную глобальную амнезию (далее – ТГА), с давностью развития заболевания не более 28 дней.

При отказе пациента или его законного представителя от госпитализации в стационар медицинской организации оформляется письменный информированный отказ от госпитализации и проведения диагностических манипуляций.

В случае развития комы следует провести дифференциальный диагноз с комами другой этиологии (диабетической, травматической, алкогольной и др.).

Стационарная медицинская помощь пациентам с ОНМК в Мурманской области оказывается в медицинских организациях, имеющих в своем составе неврологическое отделение для больных с ОНМК.

Стационарная медицинская помощь больным с ОНМК осуществляется в соответствии с алгоритмами поэтапного ведения пациентов.

В каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с ОНМК, разрабатывается и утверждается внутренний пошаговый алгоритм оказания медицинской помощи больным с ОНМК, учитывающий условия оказания медицинской помощи в медицинской организации и требования нормативных документов Минздрава России и Министерства.

Врачи, оказывающие медицинскую помощь больным с ОНМК, используют в своей работе все протоколы и справочные материалы Регламента маршрутизации и оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК.

По окончании стационарного этапа лечащим врачом заполняется шкала реабилитационной маршрутизации и определяется дальнейший этап лечения в

зависимости от состояния и прогноза на дальнейшую реабилитацию:

- второй этап реабилитации (круглосуточное отделение реабилитации);
- третий этап реабилитации (амбулаторный или дневной стационар);
- паллиативная медицинская помощь.

Администрация медицинской организации, в которой проходил стационарное лечение пациент с ОНМК обеспечивает передачу информации:

- в Медицинский информационно-аналитический центр в соответствии с приказом Министерства от 30.04.2020 № 228 «О порядке направления информации о пациентах, перенесших инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, а также пациентах, которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний»;

- в информационную систему «Модуль» в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Мурманской области от 31.01.2024 № 57/2 «О совершенствовании обеспечения лекарственными препаратами лиц, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний».

При направлении пациента со стационарного этапа на последующий этап администрация медицинской организации обеспечивает передачу медицинских документов с целью преемственности.

Перечень медицинских организаций Мурманской области, в структуре которых организованы неврологические отделения ОНМК с палатами реанимации и интенсивной терапии для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (первичные сосудистые отделение), региональный сосудистый центр, зоны ответственности

№ п\п	Медицинская организация (филиалы медицинских организаций)	Подразделение для оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК	Численность застрахованных лиц, закрепленных за медицинскими организациями /филиалами (чел.)	Зона ответственности
-------	---	--	--	----------------------

1	ГБОУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина»: - ответственное лицо заместитель главного врача (руководитель РСЦ)	Региональный сосудистый центр, неврологическое отделение для больных с ОНМК 28 коек (из них 5 БИТР в структуре отделения), нейрохирургическое отделение.	147 183	Неврологическое отделение для больных с ОНМК: ЗАТО г. Северо-морск; ЗАТО Видяево; Кольский р-н; Печенгский округ; ЗАТО г. Александровск; ЗАТО г. Заозерск. Среднее время эвакуации 1,5 ч. Для нейрохирургического отделения: вся Мурманская область
2	ГБОУЗ «Мурманский областной клинический многопрофильный центр»: неврологическое отделение для больных с ОНМК (первичное сосудистое отделение № 2), -ответственное лицо заместитель главного врача	неврологическое отделение для больных с ОНМК 58 коек ОНМК (из них 12 коек БИТР/ОРИТ входит в структуру отделения),	271930	г. Мурманск. Среднее время эвакуации: 30 мин.
3	Филиал ГБОУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Мончегорская ЦРБ: неврологическое отделение для больных с ОНМК (первичное сосудистое отделение № 1), - ответственное лицо заместитель главного	неврологическое отделение для больных с ОНМК 25 коек ОНМК (из них 5 коек БИТР/ОРИТ входит в структуру отделения).	131510	Ежедневно: г. Мончегорск; г. Оленегорск; Ковдорский р-н; Ловозерский р-н. Вторник, четверг, суббота: Кандалакшский р-н; Терский р-н. Среднее время эвакуации 1.5 ч.

	врача			
4	Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Апатитско Кировская ЦРБ (г. Кировск): неврологическое отделение для больных с ОНМК (первичное сосудистое отделение № 3), - ответственное лицо заместитель главного врача	неврологическое отделение для больных с ОНМК 18 коек ОНМК и 3 койки в структуре отделения реанимации и интенсивной терапии.	114741	Ежедневно: г. Кировск; г. Апатиты. Понедельник, среда, пятница, воскресенье: Кандалакшский р-н; Терский р-н. Среднее время эвакуации 1,5 ч.
5	ФГБУЗ ЦМСЧ № 118 ФМБА России г. Полярный Зори, - ответственное лицо заместитель главного врача	4 койки ОНМК в составе неврологического отделения на 20 коек и 4 койки БИТР/ОРИТ не входит в структуру отделения.	15877	г. Полярные Зори. Среднее время эвакуации 20мин.

Перечень медицинских организаций (всех форм собственности), оказывающих в рамках Территориальной программы государственных гарантий скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь при остром нарушении мозгового кровообращения

п/п	Наименование МО	Уникальный номер ГИС ОМС	Код МО в едином реестре ОМС (F003)
1	ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница имени П.А. Баяндина»	51202311500	510041
2	ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 120 Федерального медико-биологического агентства»	51202312300	510038
3	ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 118 Федерального медико-биологического агентства»	51202310900	510037
4	ГОБУЗ «Мурманская областная станция скорой медицинской помощи»	51202304600	510419

Перечень медицинских организаций /филиалов медицинских организаций (всех форм собственности), оказывающих в рамках Территориальной программы государственных гарантий специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, при остром нарушении мозгового кровообращения на территории Мурманской области

Профиль медицинской помощи		нейрохирургия	неврология	
Профиль коек		нейрохирургические	неврологические	неврологические для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения
п/п	Наименование медицинской организации (филиалов мед. организаций)			
1.	ГБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина»	*	*	*
2.	Филиал ГБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Кольская центральная районная больница		*	
3.	ГБУЗ «Мурманский областной клинический многопрофильный центр»		*	*
4.	Филиал ГБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Кандалакшская центральная районная больница		*	
5.	ГБУЗ «Мурманская областная детская клиническая больница»		*	
6.	Филиал ГБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Мончегорская центральная районная больница		*	*

7.	Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Апатитско-Кировская центральная городская больница		*	*
8.	Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Оленегорская центральная городская больница		*	
9.	Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Печенгская центральная районная больница		*	
10.	Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Ловозерская центральная районная больница		*	
11.	Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Центральная районная больница ЗАТО г. Североморск»		*	
12.	ФГБУЗ «Мурманский многопрофильный центр имени Н.И. Пирогова Федерального медико-биологического агентства»		*	

II. Догоспитальный и стационарный этапы

Госпитализации в экстренном порядке, подлежат все пациенты с подозрением на ОНМК, включая подозрения на ТИА, ТГА, с давностью развития заболевания не более 28 дней.

Транспортировка больных с подозрением на ОНМК проводится в соответствии с утвержденной маршрутизацией и зонами ответственности в первичные сосудистые отделения (далее – ПСО) или в РСЦ.

Бригада СМП заранее оповещает медицинскую организацию о предполагаемой транспортировке больного с подозрением на ОНМК с указанием:

- тяжесть состояния (наличие нарушений витальных функций и необходимости в приемном отделении анестезиологической бригадой);
- время дебюта неврологической симптоматики;
- ориентировочного времени доставки в медицинскую организацию.

Бригада СМП заполняет чек-лист (приложение № 4 к Регламенту).

Бригада СМП проводит все мероприятия в соответствии с поэтапными алгоритмами оказания медицинской помощи (приложение № 5 к Регламенту) и ожидает результаты компьютерной томографии головного мозга.

Больные с высоким риском транспортировки с глубокими, неподдающимися коррекции и восстановлению расстройствами функций систем жизнеобеспечения:

- в агональном состоянии;
- при остром инсульте, осложненном глубокой комой (ШКГ 6 и менее баллов) с арефлексией, выраженными, неподдающимися коррекции, расстройствами функции дыхания (патологические типы дыхания) и (или) центральной гемодинамики;
- при не купируемом состоянии шока любой степени тяжести и этиологии;
- при не купируемом судорожном статусе;
- при отрицательной «пробе на переключивание» (утяжеление состояния, ухудшение центральной гемодинамики, показателей внешнего и тканевого дыхания и др.);
- при продолжающемся кровотечении любой локализации;
- при остановке сердца

госпитализируются в ближайший стационар, оказывающий медицинскую помощь по профилям «неврология» или «терапия». Лечащий врач медицинской организации, куда был доставлен пациент, в течение первых 6-12 часов посредством дистанционной консультации с применением телемедицинских технологий, телефона Территориального центра медицины катастроф ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница имени П.А. Баяндина» (далее – ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина»), осуществляет консультацию с врачом-неврологом прикрепленного ПСО или РСЦ с целью определения показаний и возможности перевода в ПСО или РСЦ.

Сотрудники стационара, куда доставлен больной с подозрением на ОНМК проводят все мероприятия в соответствии с поэтапными алгоритмами оказания медицинской помощи (приложение № 5 к Регламенту).

При верификации диагноза ишемического инсульта, наличии показаний и отсутствии противопоказаний к тромболитической терапии (далее – ТЛТ) в расширенном терапевтическом окне (инсульт после сна) пациенту выполняется перфузионный режим компьютерной томографии головного мозга (далее – КТ) или магнитно резонансной томографии головного мозга (далее – МРТ) (режимы DWI, Flair).

Экстренная визуализация мозговой ткани и церебральных артерий у пациентов с ишемическим инсультом (обязательные диагностические методики).

Сроки от дебюта ОНМК	Группа	Диагностика
Любой срок	Все пациенты	КТ/МРТ головного мозга
0–4,5 ч	Неврологический дефицит ≥ 6 баллов по NIHSS либо балл NIHSS < 6 , но неврологический дефицит является инвалидизирующим для конкретного пациента; применимо в случае выполнения ТЛТ и/или ВСТЭ	КТ/МРТ головного мозга КТ/МРТ-ангиография сосудов головы и шеи (при наличии показаний к ВВ ТЛТ выполняется после в/в болюса тромболитика незамедлительно)
4,5-9 ч	Пациенты с неврологическим дефицитом 4–25 баллов по NIHSS, либо балл NIHSS < 4 , но неврологический дефицит является инвалидизирующим для конкретного пациента; ВСТЭ не показана или не планируется; применимо в случае выполнения ТЛТ	КТ/МРТ головного мозга КТ/МРТ-ангиография сосудов головы и шеи КТ в перфузионном режиме или МРТ в диффузионном и перфузионном режимах
0-36 ч	Повторная нейровизуализация у больных ИИ после проведения ВВ ТЛТ и/или ВСТЭ, при нарастании неврологической симптоматики по NIHSS на 2 балла либо при появлении новой неврологической симптоматики	КТ головного мозга
24-36 ч	Все пациенты, которым проводилась ВВ ТЛТ или ВСТЭ	Повторная нейровизуализация у больных ИИ (после проведения ВВ ТЛТ и/или ВСТЭ)
Инсульт при пробуждении (соответствующий критериям)	Пациенты с неизвестным временем начала заболевания, которое предположительно может составлять менее 4,5	МРТ (DWI и FLAIR)

WAKE-UP)	часов, в том числе с «ночным инсультом»	
----------	---	--

При наличии показаний (необходимость реанимационного пособия, контроля состояния и т.д.) КТ-исследование выполняется в сопровождении реанимационной бригады.

КТ или МРТ пациенту с ОНМК выполняется незамедлительно в приоритетном порядке.

Время от момента поступления больного с признаками ОНМК в ПСО или РСЦ до получения дежурным врачом-неврологом заключения КТ-исследования (с оценкой по шкале ASPECTS) или МРТ-исследования головного мозга должно составлять не более 40 минут.

Пациентам с геморрагическим инсультом или субарахноидальным кровоизлиянием по назначению дежурного врача-невролога выполняется КТ ангиография головного мозга или селективная субтракционная ангиография.

При подтверждении диагноза ишемического инсульта у пациента, госпитализированного в «терапевтическое окно» (0-4,5 ч. для ТЛТ и 0-24 ч. для инвазивных методик ревазуляризации), решается вопрос о выборе дальнейшей тактики лечения (ТЛТ, инвазивные методы ревазуляризации).

При подтверждении диагноза ОНМК больные со всеми типами ОНМК в остром периоде заболевания, в том числе с транзиторными ишемическими атаками, направляются в палату (блок) реанимации и интенсивной терапии.

В качестве целевого показателя эффективности организации госпитального этапа оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК принять время от момента поступления больного в медицинскую организацию до перевода в палату (блок) интенсивной терапии и реанимации ПСО/РСЦ не более 60 минут.

Больным, у которых по заключению КТ-исследования или МРТ-исследования установлены признаки геморрагического инсульта, проводится консультация врача-нейрохирурга (в том числе, в форме телемедицинской консультации), в срок не позднее 60 минут с момента получения результатов КТ-исследования, по итогам которой, принимается решение о тактике лечения, в том числе о переводе в РСЦ (приложение № 9 к Регламенту).

Больной, госпитализированный в БИТР с геморрагическим инсультом, которому не были выставлены показания для оперативного лечения при поступлении, при нарастании общемозговой и (или) очаговой симптоматики подлежит повторному осмотру/консультации врача-нейрохирурга с целью коррекции тактики ведения пациента.

Больным со злокачественным инфарктом (более 2/3 бассейна средней мозговой артерии, признаки дислокационного синдрома) в бассейне средней мозговой артерии в первые 24 часа от начала развития заболевания проводится консультация врача-нейрохирурга (в том числе, в форме телемедицинской консультации) по итогам принимается решение о тактике лечения, переводе в РСЦ.

Длительность пребывания больного с ОНМК в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии 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.

Больные, у которых диагноз ОНМК исключен (нет актуальной клинической картины, нет признаков ишемии или кровоизлияния по данным нейровизуализации и отсутствуют признаки острого тромбоза/окклюзии магистральных артерий головы и мозговых артерий), осматриваются по показаниям врачами-специалистами приемного отделения медицинской организации или профильных отделений.

В ночное время, в выходные и праздничные дни пациенты, доставленные в ПСО или РСЦ и у которых исключено ОНМК, по показаниям осматриваются дежурным врачом терапевтического или хирургического профиля в соответствии с профилем заболевания, после чего принимается решение о необходимости специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, необходимости и возможности перевода больных санитарным транспортом в другие медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, или направления больных на амбулаторное лечение при отсутствии показаний для оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.

Персонал блока интенсивной терапии и реанимации (далее – БИТР) или отделения анестезиологии и реанимации (далее – ОАР) осуществляет комплекс мероприятий, направленный на контроль и поддержание жизненно важных функций организма, предотвращение повторных эпизодов ОНМК, восстановление нарушенных вследствие ОНМК функций нервной системы, в котором так же участвует бригада специалистов: врач лечебной физкультуры, врач-физиотерапевт, логопед, инструктор по лечебной физкультуре, медицинский психолог, социальный работник (по клиническим показаниям привлекаются иные специалисты). Весь комплекс мероприятий выполняется в соответствии с поэтапными алгоритмами оказания медицинской помощи (приложение № 5 к Регламенту).

Ранняя медицинская реабилитация в БИТР начинается не позднее 24 часов от момента поступления больного с учетом тяжести состояния больного, неврологического и соматического статусов.

Мониторинг неврологического и соматического статусов в БИТР/ОАР выполняется не реже, чем 1 раз в 4 часа с обязательной фиксацией в медицинской карте стационарного больного.

Комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных вследствие ОНМК функций нервной системы, продолжает выполняться в неврологическом отделении для больных с ОНМК всей бригадой специалистов, включающей врача лечебной физкультуры, врача по медицинской реабилитации, врача-физиотерапевта, логопеда, инструктора по лечебной физкультуре, медицинского психолога, социального работника и, при наличии

медицинских показаний, иных специалистов с первого дня оказания медицинской помощи.

В палатах ранней медицинской реабилитации осуществляется обход заведующего отделением, мультидисциплинарной бригады для принятия решения о выборе тактики дальнейшего лечения больного, оценки реабилитационного потенциала, выбора методов лечения в условиях круглосуточного стационара и дальнейших этапов реабилитации.

Ведение медицинской карты стационарного больного осуществляет лечащий врач-невролог.

После окончания срока лечения в стационарных условиях дальнейшие тактика ведения и медицинская реабилитация больного с ОНМК определяются лечащим врачом-неврологом.

При определении дальнейшего этапа оказания медицинской помощи выполняется оценка функциональных исходов по шкале мобильности Ривермид, Рэнкин, ШРМ в соответствии с поэтапными алгоритмами оказания медицинской помощи больным с ОНМК (приложение № 5 к Регламенту).

На второй этап реабилитации направляется не менее 35% пациентов от числа выписанных пациентов, на третий этап реабилитации направляется не менее 45% пациентов от числа выписанных пациентов.

При выписке больного из отделения ОНМК и его направления на следующий этап лечения, в том числе на медицинскую реабилитацию, лечащим врачом-неврологом оформляется выписной эпикриз с подробными данными о проведенном обследовании и лечении, о динамике заболевания (состояния) за время пребывания в стационаре, рекомендациями по дальнейшему лечению и реабилитации. Информирование пациента о праве на льготное лекарственное обеспечение.

Все пациенты, перенесшие ОНМК и выписанные на амбулаторное лечение, должны быть взяты на диспансерное наблюдение. Диспансерное наблюдение должно проводиться в соответствии с Приказом Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми».

Все пациенты, перенесшие ОНМК (за исключением ТИА), имеют право на обеспечение льготными лекарственными препаратами в соответствии с Перечнем лекарственных препаратов, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.09.2022 № 639н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения в целях обеспечения в амбулаторных условиях лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, в течение 2 лет с даты постановки диагноза и (или) выполнения хирургического вмешательства» в редакции последующих изменений.

Приложение № 1 к Регламенту
маршрутизации и оказания
медицинской помощи пациентам с
острыми нарушениями
мозгового кровообращения
в Мурманской области

Чек-лист
врачебно-фельдшерской бригады скорой медицинской помощи,
осуществляющей медицинскую эвакуацию больного с ОНМК в
медицинские организации
ФИО пациента

Данные анамнеза настоящего заболевания:			
1.	Известно ли время начала заболевания?	ДА	НЕТ
1.1.	Укажите время начала заболевания (чч/мм)		
2.	Внезапное нарушение речи?	ДА	НЕТ
3.	Остро возникшая слабость в руке или ноге?	ДА	НЕТ
4.	Принимает ли пациент варфарин или НПОАК (ксарелто, прадакса, эликвис)?	ДА	НЕТ
4.1.	Укажите время последнего приёма препарата (чч/мм)		

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

Приложение № 2 к Регламенту маршрутизации и оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Мурманской области

Поэтапные алгоритмы оказания медицинской помощи больным с подозрением на ОНМК

Этап 1, догоспитальный	
1.1. Первый контакт медицинского работника с больным ОНМК (врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), фельдшер ФАП, врач (фельдшер) СМП)	
Клинические проявления	Мероприятия
Острая очаговая и (или) общемозговая симптоматики: нарушение сознания, речи, глотания, функции конечностей по типу парезов или параличей, нарушение чувствительности по геми-типу, выпадение полей зрения, асимметрия мимических мышц, менингеальные симптомы.	1. Сбор жалоб (уточнение времени появления симптомов), анамнеза заболевания (факторы риска: сахарный диабет, артериальная гипертензия, перенесенные ОНМК в анамнезе, перенесенные оперативные вмешательства на сосудах шеи и сердца и др.), самостоятельная медикаментозная терапия (предшествовавшая и с момента появления жалоб)
	2. Осмотр больного с оценкой общего состояния: измерение артериального давления (далее – АД), частоты сердечных сокращений (далее – ЧСС), температуры тела, частоты дыхательных движений (далее – ЧДД), оценка неврологического дефицита.
	2.1. Дополнительно для бригады СМП – запись электрокардиограммы; определение глюкозы крови; пульсоксиметрия; постановка периферического венозного катетера 16-20G; заполнение чек-листа (приложение № 4 к Регламенту)
	3. Вызов бригады СМП (для врача-терапевта участкового, фельдшера ФАП)
	4. Приступить к оказанию медицинской помощи: 4.1. Коррекция дыхательных нарушений – оксигенотерапия обязательна. 4.2. При снижении уровня сознания до сопора и ниже, при риске аспирации, брадипноэ (ЧДД менее 12/мин) или тахипноэ (ЧДД выше 30/мин), показана интубация трахеи, также возможна установка воздуховод. Транспортировка интубированных больных только на аппарате искусственной вентиляции легких (далее – ИВЛ), на фоне медицинской седации короткодействующими гипнотиками. <u>Недопустима</u> транспортировка на спонтанном дыхании через эндотрахеальную трубку. 4.3. Коррекция АД проводится при цифрах: - более 220/110 мм рт. ст. Целевой уровень снижения АД составляет не более

	10%. Препараты выбора: каптоприл, раствор магния сульфата. Избегать применения препаратов, резко снижающих давление (нифедипин, клофелин). 4.4. Коррекция водно-электролитного обмена – использовать раствор хлорида натрия 0,9 %. 4.5. Борьба с отеком головного мозга и повышением внутричерепного давления – транспортировка больного с приподнятым до 30° головным концом (без сгибания шеи!). 4.6. Купирование судорожного синдрома - использовать диазепам 10 мг в/в медленно, при неэффективности повторно 10 мг в/через 3–4 минуты. Недопустимо введения лазикса, гипоосмолярных растворов. 4.7. Коррекция нарушения уровня гликемии: - гипогликемия (ниже 2,7 ммоль/л) – срочная коррекция раствором глюкозы 40% - 50мл, с последующим контролем гликемии через 10 минут, при гликемии ниже 5,5 ммоль/л, повторное введение раствора глюкозы 40% 20 – 40 мл. (максимально до 100мл) - гипергликемия – не корректируется.
1.2. <u>Транспортировка больного ОНМК (врач (фельдшер) СМП)</u> в соответствии со схемой маршрутизации. Оснащение машины СМП (минимальные требования): комплект аппаратуры для проведения базовой сердечно-легочной реанимации, пульсоксиметр портативный, электрокардиограф трехканальный, набор для катетеризации периферических вен и проведения инфузионной терапии, аспиратор (механический или электроотсасыватель), редуктор-ингалятор кислородный, с не менее чем 1 баллоном газовым кислородным (объемом не менее 1л), экспресс-измеритель концентрации глюкозы в крови портативный с набором тест-полосок.	
1.2.1. Во время транспортировки	1. Врач (фельдшер) СМП: 1.1. Перед началом транспортировки должен информировать по телефону медицинскую организацию (приемное отделение) согласно схеме маршрутизации больного с ОНМК. Схема доклада о больном с подозрением на ОНМК: - фамилия, имя, отчество, возраст больного; - место случая, включая название населенного пункта; - время начала заболевания (если время неизвестно, то время, когда больной был здоров или его, видели здоровым); - ориентировочное время прибытия в ПСО; - необходимость встречи пациента врачом - анестезиологом - реаниматологом. 1.2. Во время транспортировки проводят мониторинг показателей гемодинамики, продолжает начатую терапию и проведение симптоматической терапии.
1.2.2. В приемном отделении медицинской организации	1.3. Передать пациента дежурному врачу - неврологу, при его отсутствии дежурному врачу - терапевту вместе с оформленным чек-листом (приложение № 4 к

	Регламенту). 2. Бригада СМП: 2.1 Ожидает результатов КТ - исследования. Ориентировочное время ожидания – до 40 минут. В случае не подтверждения диагноза ОНМК и отсутствия показаний для оказания экстренной медицинской помощи, бригада СМП обеспечивает транспортировку в стационар по территориальному признаку в зависимости выставленного диагноза.
<u>Этап 2, госпитальный</u>	
2.1. Приемное отделение	Мероприятия
2.1.1. До поступления больного (после сообщения бригады СМП о транспортировке пациента)	1. Дежурная медицинская сестра приемного отделения: 1.1. Информировать о транспортировке больного с ОНМК: дежурного врача-невролога (терапевта), дежурного лаборанта, дежурного врача-рентгенолога и при необходимости дежурного врача-анестезиолога-реаниматолога. 1.2. Подготавливает процедурный кабинет к забору анализов.
2.1.2. Во время нахождения в стационаре (20 мин.)	2. Дежурный врач-невролог (терапевт) - при получении сообщения от дежурной медсестры приемного отделения: 2.1. Безотлагательно прибывает в приемное отделение и ожидает пациента 2.2. По прибытии пациента проводит экстренный осмотр пациента (оценка состояния жизненно-важных функций организма больного, общего состояния больного, неврологического статуса), оценка возможности и необходимости выполнения тромболитической терапии (приложение № 6,7 к Регламенту), внутрисосудистой реканализации (приложение № 8 к Регламенту), наличие показаний/противопоказаний к выполнению КТ головного мозга, КТ-ангиографии сосудов шеи и головы, ПКТ головного мозга. 2.3. Контролирует забор крови (глюкоза крови, АЧТВ, МНО, тромбоциты) 2.4. Сопровождает пациента в кабинет КТ 2.4.1. В случае выхода из строя аппарата КТ руководитель медицинской организации незамедлительно информирует Минздрав Мурманской области. Минздравом Мурманской области издается приказ о временной маршрутизации в другие ПСО/РСЦ. 3. Дежурный врач – рентгенолог (рентген-лаборант): 3.1. Подготавливает аппарат КТ к выполнению исследования (проведение КТ головного мозга, и по показаниям КТ-ангиографии БЦА, ПКТ головного мозга);

	3.2. Интерпретация полученных результатов, в случае ишемических изменений с обязательной оценкой по шкале ASPECTS, осуществляется в течении 20 минут.
2.1.3. Во время нахождения в стационаре (40 мин.)	4. Дежурный врач-невролог (терапевт) после осмотра и проведения КТ головы: 4.1. При исключении диагноза ОНМК – оформляет амбулаторный осмотр и передает пациента дежурному терапевту/хирургу или бригаде СМП. 4.2. При выявлении ишемического инсульта: - оценивает результаты лабораторных тестов (Контрольное время готовности лабораторных тестов – 20 минут с момента их забора); - принимает окончательное решение о проведении системной тромболитической терапии и/или внутрисосудистой реканализации, заполняет соответствующие протоколы; - зачисляет больного за неврологическим для больных с ОНМК (неврологическим, терапевтическим отделением); - обеспечивает транспортировку больного с ОНМК в ОАР или БИТР.
2.1.4. Во время нахождения в стационаре (60 мин.)	4.3. Дежурный врач-невролог (терапевт) при выявлении внутримозгового и/или субарахноидального кровоизлияния: - обеспечивает экстренную консультацию врача-нейрохирурга; - посредством телемедицины; - посредством телефонной связи (при отсутствии телемедицины); - очная консультация (при наличии врача-нейрохирурга в медицинской организации); - при наличии показаний к оперативному лечению (по заключению врача-нейрохирурга) обеспечивает перевод в региональный сосудистый центр (нейрохирургическое отделение МОКБ). Контрольное время консультации врача-нейрохирурга не более 60 минут от момента установления диагноза. 4.4. Обеспечивает транспортировку больного с ОНМК в ОАР или БИТР.
2.2 Клиническое отделение	Мероприятия
2.2.1. В первые три часа с момента поступления в стационар.	1. В блоке интенсивной терапии и реанимации (БИТР или ОАР) проводятся: 1.1. Оценка неврологического статуса с использованием оценочных шкал NIHSS, Шкала ком Глазго; 1.2. Оценка соматического статуса; 1.3. Стандартизированное скрининговое тестирование функции глотания (приложение № 10 к Регламенту); 1.4. Оценка нутритивного статуса; 1.5. Лабораторные исследования крови (ОАМ,

	креатинин, мочеви́на, трансаминазы, белок, билирубин, КЩС, глюкоза, маркеры гепатитов, коагулограмма, группа крови и Rh) и мочи; 1.6. Дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных сосудов и транскраниальное дуплексное сканирование; 1.7. Определение тактики ведения и назначение необходимых мероприятий, направленных на предотвращение повторного развития ОНМК; 1.8. Лечебные мероприятия в соответствии: с клиническими рекомендациями, стандартами оказания медицинской помощи и протоколами ведения и лечения пациентов с ОНМК.
2.2.2. В первые сутки с момента поступления в стационар.	2. В течение всего срока пребывания в ОАР (БИТР): 2.1. Осуществляется мониторинг неврологического и соматического статуса врачом-реаниматологом и врачом-неврологом, с обязательными записями в медицинской карте стационарного больного; 2.2. С первых суток проводится комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных вследствие ОНМК функций нервной системы, в котором участвует бригада специалистов: врач лечебной физкультуры, врач-физиотерапевт, логопед, инструктор по лечебной физкультуре, медицинский психолог, социальный работник (по клиническим показаниям привлекаются иные специалисты); 2.3. Длительность пребывания больного с ОНМК (в том числе с транзиторной ишемической атакой, транзиторной глобальной амнезией) в ОАР/БИТР определяется тяжестью состояния больного, но не менее 24 часов; 2.4. Больным с ОНМК выполняется: видеотелемедицинская консультация врача-невролога и/или врача анестезиолога-реаниматолога РСЦ с целью определения дальнейшей тактики ведения (приложение № 12 к Регламенту).
2.2.3. На 2-3 сутки с момента поступления в стационар.	3. Больным с сочетанием всех следующих критериев: - ишемический инсульт или транзиторная ишемическая атака (до 28 суток от развития симптоматики); - возраст старше 18 лет; - оценка по модифицированной шкале Рэнкина 0-3 баллов; - наличие ипсилатерального атеросклеротического стеноза экстракраниальных отделов внутренней сонной артерии $\geq 50\%$, оцененного с помощью оцененного с помощью компьютерно-томографической ангиографии выполняется телемедицинская консультация заведующего (лица исполняющего его обязанности) или врача-невролога неврологическим отделением для больных со

	специалистом РСЦ с целью определения дальнейшей тактики ведения. 4. Имобилизированным пациентам (оценка по Рэнкин 4 и более баллов, оценка Ривермид 2 и менее баллов, Шкала реабилитационной маршрутизации 5-6 баллов) имеющим высокий риск тромбоэмболии: - максимально ранняя активизация больного, включая методы пассивной нагрузки (вертикализация, механотерапия); - ношение компрессионного трикотажа или перемежающаяся пневмокомпрессия; - дуплексное исследование сосудов нижних конечностей (не реже 1 раза в 10 дней); - антикоагулянтная терапия (предпочтительно не прямые оральные антикоагулянты или низкомолекулярные гепарины) в эффективной дозе при отсутствии противопоказаний
2.2.4. Окончание стационарного лечения	6. Оценка контрольных показателей качества оказания медицинской помощи больным с ОНМК. 6.1 Составление индивидуальной программы вторичной профилактики ОНМК.
Этап 3. Реабилитация	
По окончании срока стационарного лечения маршрутизация пациентов с ОНМК на дальнейший этап лечения осуществляется в зависимости от состояния и прогноза на дальнейшую реабилитацию на основании заключения специалистов мультидисциплинарной бригады (при отсутствии - врачебной комиссии медицинской организации), по решению консилиума специалистов медицинской организации (с обязательной фиксацией в медицинской карте стационарного больного) в соответствии с правилами направления пациентов для проведения лечения в условиях круглосуточного стационара в медицинские организации Мурманской области, утвержденные нормативным документом Министерства. При определении последующего этапа лечения обязательна оценка по шкалам: модифицированная шкала Рэнкин, индекс мобильности Ривермид, Шкала медицинской реабилитации. После окончания стационарного этапа лечения лечащий врач определяет показания для следующего этапа: 2 этап реабилитации, 3 этап реабилитации, амбулаторное лечение, паллиативная помощь, сестринской уход. При наличии показаний ко 2 этапу лечения, паллиативной помощи, сестринскому уходу перевод пациента осуществляется в течение 3х рабочих дней с проведением врачебной комиссии.	
3.1 Состояние больного	Место реабилитации
3.1.1. Пациент после ОНМК с оценкой по шкале реабилитационной маршрутизации 0 - 1 балл	Пациент не нуждается в медицинской реабилитации
3.1.2. Пациент после ОНМК с оценкой по шкале реабилитационной маршрутизации 2 балла	Медицинская реабилитация в условиях дневного стационара, амбулаторных условиях в том числе, с применением телемедицинских технологий.

3.1.3. Пациент после ОНМК с оценкой по шкале реабилитационной маршрутизации 3 балла	Медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента, а при наличии противопоказаний – амбулаторно, в том числе, с применением телемедицинских технологий.
3.1.4. Пациент после ОНМК с оценкой по шкале реабилитационной маршрутизации 4-6 балла	Медицинская реабилитация осуществляется в стационарных условиях, а также в рамках выездной реабилитации в домашних условиях и консультаций в телемедицинском режиме.
3.1.5. Пациент после ОНМК с оценкой по шкале мобильности Ривермид 0 - 1 балла, по шкале реабилитационной маршрутизации 5-6 балла и отсутствием реабилитационного потенциала	Направляются: - для организации ухода на дому под наблюдение медицинского работника поликлиники по месту жительства; - в отделение/койки сестринского ухода стационара по месту жительства больного транспортом принимающей медицинской организации в сопровождении фельдшера или родственников пациента (по желанию родственников), в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по профилю «паллиативная медицинская помощь»; - специализированные учреждения социальной защиты населения по направлению медицинской организации по месту жительства.
Этап 4. Диспансерное наблюдение	
4. Администрация медицинской организации, в которой проходил стационарное лечение пациент с ОНМК, обеспечивает передачу информации в Медицинский информационно-аналитический центр, в соответствии с приказом Министерства от 30.04.2020 № 228 «О порядке направления информации о пациентах, перенесших инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, а также пациентах, которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний». При направлении пациента со стационарного этапа на последующий этап администрация медицинской организации обеспечивает передачу медицинских документов с целью преемственности.	
4.1. Врач амбулаторного звена, фельдшер, наделенный функциями лечащего врача.	Не позднее первых суток после получения выписки из медицинской карты стационарного больного или информации из других источников о выписке пациента после перенесенного ОНМК, лечащий врач активно посещает пациента на дому или приглашает пациента на диспансерный приём в поликлинику (зависит от мобильности пациента): - определяет дальнейшую тактику ведения и реабилитационную программу; - проводит коррекцию терапии (при необходимости); - в первый год диспансерного наблюдения посещения не реже 1 раза в 3 месяца; - по прошествии 1 года (после острого периода) ОНМК со стабильным течением осуществляет пожизненное наблюдение пациента с кратностью 1 раз

	в 6 мес.
4.2. Врач-невролог амбулаторного звена	В течении первых 6 месяцев после выписки из стационара осматривает пациента 2 раза (по показаниям – дополнительно), затем с кратностью 1 раз в 6 месяцев, в последующем – осмотры по назначению лечащего врача.

Приложение № 3 к Регламенту
маршрутизации и оказания
медицинской помощи
пациентам с острыми
нарушениями
мозгового кровообращения
в Мурманской области

ПРОТОКОЛ ПРОЦЕДУРЫ СИСТЕМОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ПРЕПАРАТОМ АКТИЛИЗЕ

Ф.И.О.														
Дата и время поступления			Дата				2	0	2	Время			:	
1. АНАЛИЗЫ КРОВИ: Тр _____х10 ⁹ , глюкоза _____ммоль/л, АЧТВ _____сек, МНО _____														
2. КТ г/м время _____час. _____мин. ASPECTS = _____														
3. Установка кубитального периферического венозного катетера														
4. Осмотр невролога и оценка по шкале NIHSS														
5. Вес больного (анамнез)														
6. Измерение АД на обеих руках справа:										мм.рт.ст.		слева:		
												мм.рт.ст.		

Критерии включения/исключения

(любой из ответов «да» означает исключение пациента из процедуры тромболиза)

1.	Возраст - моложе 16 лет (после 80 лет оценить риск/польза)	
2.	Время более 4,5 часов от начала заболевания до начала ТЛТ или отсутствие точных сведений о времени начала заболевания (инсульт во сне)	
3.	Наличие признаков внутричерепного кровоизлияния при КТ исследовании	
4.	Подозрение на САК по клиническим признакам, даже если нет данных за него при КТ/МРТ	
5.	Признаки тяжелого инсульта: клинические (балл по шкале NIH >25), нейровизуализационные (КТ г/м и/или МРТ г/м в режиме ДВИ очаг ишемии более 1/3 бассейна СМА)	
6.	Малый неврологический дефицит (т.е. неинвалидизирующая симптоматика), при отсутствии данных за окклюзию или субокклюзию ВСА, СМА. (анамнез/проверка по базе МОКБ)	
7.	Быстрое улучшение состояния (т.е. регресс симптоматики до неинвалидизирующей) перед началом ТЛТ, при отсутствии данных за окклюзию или субокклюзию ВСА, СМА.	
8.	Судорожный припадок в дебюте инсульта (если есть основания полагать, что очаговая симптоматика представлена парезом Тодда)	
9.	Геморрагический инсульт или инсульт неуточненного характера в анамнезе.	
10.	Состояние после оперативного вмешательства на головном и спинном мозге любой давности	
11.	Заболевания ЦНС: новообразования, артериальная аневризма (наличие небольших (до 15мм) бессимптомных аневризм – с осторожностью), дефекты развития артерий и вен	
12.	Перенесенный инсульт или тяжелая травма головы в течении последних 3 месяцев	
13.	Кровотечение или острая травма (перелом) в настоящее время или обширное кровотечение в течение предыдущих 6 месяцев	
14.	- Обширное хирургическое вмешательство, травма в течении <u>последних 14 дней</u> - СЛР и роды в течении <u>последних 10 дней</u> - Пункция несжимаемых сосудов (например, подключичная и яремная вена) в течении <u>последних 7 дней</u>	
15.	Документально подтвержденная язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в течение последних 3 мес, эрозии пищевода	
16.	Систолическое АД выше 185 мм рт. ст., или диастолическое АД выше 105 мм рт. ст., при снижении АД во временных рамках терапевтического окна проведение тромболитической терапии возможно	
17.	Применение гепарина в предшествующие 48 часов, если в данный момент времени повышено АЧТВ в 1,5 -2 раза и более	
18.	Прием пероральных антикоагулянтов: • Варфарин - допускается ТЛТ при МНО <1.3; • Последний прием НОАК (ривароксабан, дабигатран, апиксабан) более 48 часов и клиренс креатинина >80 мл/мин по Кокрофту-Голту - допускается ТЛТ	

	- Последний прием НОАК (ривароксабан, апиксабан) 12-48 часов (или неизвестно) и/или клиренс креатинина <80 мл/мин по Кокрофту-Голту - ТЛТ не проводится - Последний прием НОАК (дабигатран) 12-48 часов (или неизвестно) и/или клиренс креатинина <80 мл/мин по Кокрофту-Голту, нахождение значений ТВ внутри референсного диапазона лаборатории - допускается ТЛТ - Последний прием НОАК (дабигатран) 12-48 часов (или неизвестно) и/или клиренс креатинина <80 мл/мин по Кокрофту-Голту, нахождение значений ТВ за пределами референсного диапазона лаборатории - допускается ТЛТ после введения Идаруцизумаба	
19.	Количество тромбоцитов менее 100 000/мкл	
20.	Уровень глюкозы в крови менее 2,77 ммоль/л или более 22,2 ммоль/л	
21.	Острый панкреатит, тяжелые заболевания печени, включая печеночную недостаточность, цирроз печени, портальную гипертензию (с варикозным расширением вен пищевода), активный гепатит	
22.	Новообразования с высоким риском кровотечения	
23.	Бактериальный эндокардит, перикардит, недавний инфаркт миокарда, гемаррагический диатез/васкулит	
24.	Гиперчувствительность к любому компоненту препарата (гентамицин)	
25.	Беременность	

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: процедура тромболизиса показана / не показана

Перед процедурой тромболизиса убедиться в совпадении терапевтического окна ⇒

Дата и время инсульта Дата . 2 0 2 Время :

Начало инфузии Дата . 2 0 2 Время :

Конец инфузии Дата . 2 0 2 Время :

При остром ишемическом инсульте рекомендуемая доза **актилизе** составляет 900 мкг/кг (**МАКСИМАЛЬНО 90 МГ!**), в виде в/в инфузии в течение 60 мин после первоначального в/в струйного введения дозы препарата, составляющей 10% от величины суммарной дозы.

В случае если вес больного превышает 55 кг, потребуется 2 флакона препарата. Каждый флакон с 50 мг препарата разводится 50 мл воды для инъекций (**1мл = 1мг!!!**). Первоначально следует в/в болюсно ввести рассчитанную 10%-дозу альтеплазы (рекомендуется развести на 20мл 0,9% раствора натрия хлорида). Затем в/в ввести 90%-дозу, рекомендуется с использованием инфузомата.

Расчёт суммарной дозы

900 мкг x = : 1000 =

вес больного кг суммарная доза мкг суммарная доза мл

Расчёт 10%-дозы для первоначального болюсного введения

суммарная доза мл X 10% = 10% доза мл

100%

Расчёт 90%-дозы для последующего 60 минутного введения

суммарная доза мл - 10% доза мл = 90% доза мл

NIH Stroke Scale		0	15	30	45	1ч	3ч	24ч
1а. Уровень сознания	0,1,2,3							
1в. Ответы на вопросы	0,1,2							
1с. Выполнение команд	0,1,2							
2. Глазодвигательные реакции	0,1,2							
3. Зрение	0,1,2,3							
4. Парез лицевой мускулатуры	0,1,2,3							
5. Движения руками	- левая рука - правая рука	0,1,2,3,4,9						
6. Движения ногами	- левая нога - правая нога	0,1,2,3,4,9						
7. Атаксия в конечностях	0,1,2,9							

8. Чувствительность	0,1,2							
9. Речевая функция	0,1,2,3							
10. Дизартрия	0,1,2,9							
11. Угасание и отсутствие внимания (ранее игнориров-е)	0,1,2							
Сумма баллов								
Оценка по ШКТ								

Время «от двери до иглы» _____ мин.

Оценка по модифицированной шкале Рэнкин _____

Врач-невролог (подпись) _____ (ФИО) _____

Приложение № 4 к Регламенту маршрутизации и оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Мурманской области

ПРОТОКОЛ ПРОЦЕДУРЫ СИСТЕМОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ПРЕПАРАТОМ ФОРТЕЛИЗИН

Ф.И.О.												
Дата и время поступления			Дата				2		Время			
1. АНАЛИЗЫ КРОВИ: Тр _____х10 ⁹ , глюкоза _____ммоль/л, АЧТВ _____сек, МНО _____												
2. КТ г/м время _____час. _____мин. ASPECTS = _____												
3. Установка кубитального периферического венозного катетера												
4. Осмотр невролога и оценка по шкале NIHSS												
5. Вес больного (анамнез)												
6. Измерение АД на обеих руках справа:						мм.рт.ст.			слева:			
									мм.рт.ст.			

Критерии включения/исключения

(любой из ответов «да» означает исключение пациента из процедуры тромболизиса)

1	Возраст - моложе 16 лет (после 80 лет оценить риск/польза)	
2	Время более 4,5 часов от начала заболевания до начала ТЛТ или отсутствие точных сведений о времени начала заболевания (инсульт во сне)	
3	Наличие признаков внутричерепного кровоизлияния при КТ исследовании	
4	Подозрение на САК по клиническим признакам, даже если нет данных за него при КТ/МРТ	
5	Признаки тяжелого инсульта: клинические (балл по шкале NIH >25), нейровизуализационные (КТ г/м и/или МРТ г/м в режиме ДВИ очаг ишемии более 1/3 бассейна САМ)	
6	Малый неврологический дефицит (т.е. неинвалидизирующая симптоматика), при отсутствии данных за окклюзию или субокклюзию ВСА, САМ. (анамнез/проверка по базе МОКБ)	
7	Быстрое улучшение состояния (т.е. регресс симптоматики до неинвалидизирующей) перед началом ТЛТ, при отсутствии данных за окклюзию или субокклюзию ВСА, САМ.	
8	Судорожный припадок в дебюте инсульта (если есть основания полагать, что очаговая симптоматика представлена парезом Голда)	
9	Геморрагический инсульт или инсульт неуточненного характера в анамнезе.	
10	Состояние после оперативного вмешательства на головном и спинном мозге любой давности	
11	Заболевания ЦНС: новообразования, артериальная аневризма (наличие небольших (до 15мм) бессимптомных аневризм – с осторожностью), дефекты развития артерий и вен	
12	Перенесенный инсульт или тяжелая травма головы в течении последних 3 месяцев	
13	Кровотечение или острая травма (перелом) в настоящее время или обширное кровотечение в течение предыдущих 6 месяцев	
14	- Обширное хирургическое вмешательство, травма в течении <u>последних 14 дней</u> - СЛР и роды в течении <u>последних 10 дней</u> - Пункция несжимаемых сосудов (например, подключичная и яремная вена) в течении <u>последних 7 дней</u>	
15	Документально подтвержденная язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в течение последних 3мес, эрозия пищевода	
16	Систолическое АД выше 185 мм рт. ст., или диастолическое АД выше 105 мм рт. ст., при снижении АД во временных рамках терапевтического окна проведение тромболитической терапии возможно	
17	Применение гепарина в предшествующие 48 часов, если в данный момент времени повышено АЧТВ в 1,5 -2 раза и более	
18	Прием пероральных антикоагулянтов: • Варфарин - допускается ТЛТ при МНО <1.3; • Последний прием НОАК (ривароксабан, дабигатран, апиксабан) более 48 часов и клиренс креатинина >80 мл/мин по Кокрофту-Голту - допускается ТЛТ • Последний прием НОАК (ривароксабан, апиксабан) 12-48 часов (или неизвестно) и/или клиренс креатинина <80 мл/мин по Кокрофту-Голту - ТЛТ не проводится	

	- Последний прием НОАК (дабигатран) 12-48 часов (или неизвестно) и/или клиренс креатинина <80 мл/мин по Кокрофту-Голту, нахождение значений ТВ внутри референсного диапазона лаборатории - допускается ТЛТ - Последний прием НОАК (дабигатран) 12-48 часов (или неизвестно) и/или клиренс креатинина <80 мл/мин по Кокрофту-Голту, нахождение значений ТВ за пределами референсного диапазона лаборатории - допускается ТЛТ после введения Идаруцизумаба	
19	Количество тромбоцитов менее 100 000/мкл	
20	Уровень глюкозы в крови менее 2,77 ммоль/л или более 22,2 ммоль/л	
21	Острый панкреатит, тяжелые заболевания печени, включая печеночную недостаточность, цирроз печени, портальную гипертензию (с варикозным расширением вен пищевода), активный гепатит	
22	Новообразования с высоким риском кровотечения	
23	Бактериальный эндокардит, перикардит, недавний инфаркт миокарда, гемаррагический диатез/васкулит	
24	Гиперчувствительность к любому компоненту препарата (гентамицин)	
25	Беременность	

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: процедура тромболизиса показана / не показана

Перед процедурой тромболизиса убедиться в совпадении терапевтического окна ⇒

Дата и время инсульта Дата . Время :

Начало инфузии Дата . Время :

Конец инфузии Дата . Время :

- При остром ишемическом инсульте рекомендуемая доза **ФОРТЕЛИЗИНА** составляет 10 мг, в виде в/в однократной болюсной (5-10 сек.) инфузии.
- Каждый флакон с 5 мг препарата разводится 5 мл 0,9% раствора хлорида натрия.

NIH Stroke Scale		0	15	30	45	1ч	3ч	24ч
1а. Уровень сознания	0,1,2,3							
1в. Ответы на вопросы	0,1,2							
1с. Выполнение команд	0,1,2							
2. Глазодвигательные реакции	0,1,2							
3. Зрение	0,1,2,3							
4. Парез лицевой мускулатуры	0,1,2,3							
5. Движения руками	– левая рука – правая рука	0,1,2,3,4,9						
6. Движения ногами	– левая нога – правая нога	0,1,2,3,4,9						
7. Атаксия в конечностях	0,1,2,9							
8. Чувствительность	0,1,2							
9. Речевая функция	0,1,2,3							
10. Дизартрия	0,1,2,9							
11. Угасание и отсутствие внимания (ранее игнориров-е)	0,1,2							
Сумма баллов								
Оценка по ШКГ								

Время «от двери до иглы» _____ мин.

Оценка по модифицированной шкале Рэнкин _____

Врач-невролог (подпись) _____ (ФИО) _____

ФИО

Дата и время поступления	Дата							Время			:		
--------------------------	------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	-------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

1. АНАЛИЗЫ КРОВИ: Тр _____х10 ⁹ , глюкоза _____ммоль/л, АЧТВ _____сек, МНО _____	
2. КТ г/м время _____ час. _____ мин. ASPECTS = _____	
3. Установка кубитального периферического венозного катетера	
4. Осмотр невролога и оценка по шкале NIHSS	
5. Вес больного (анамнез)	
6. Измерение АД на обеих руках справа: _____ мм.рт.ст.	слева: _____ мм.рт.ст.

Критерии включения/исключения

(любой из ответов «да» означает исключение пациента из процедуры тромболиза)

26.	Возраст - моложе 16 лет (после 80 лет оценить риск/польза)	нет
27.	Время более 4,5 часов от начала заболевания до начала ТЛТ или отсутствие точных сведений о времени начала заболевания (инсульт во сне)	нет
28.	Наличие признаков внутримозгового кровоизлияния при КТ исследовании	нет
29.	Подозрение на САК по клиническим признакам, даже если нет данных за него при КТ/МРТ	нет
30.	Признаки тяжелого инсульта: клинические (балл по шкале NIH >25), нейровизуализационные (КТ г/м и/или МРТ г/м в режиме ДВИ очаг ишемии более 1/3 бассейна СМА)	нет
31.	Малый неврологический дефицит (т.е. неинвалидизирующая симптоматика), при отсутствии данных за окклюзию или субокклюзию ВСА, СМА. (анамнез/проверка по базе МОКБ)	нет
32.	Быстрое улучшение состояния (т.е. регресс симптоматики до неинвалидизирующей) перед началом ТЛТ, при отсутствии данных за окклюзию или субокклюзию ВСА, СМА.	нет
33.	Судорожный припадок в дебюте инсульта (если есть основания полагать, что очаговая симптоматика представлена парезом Тогда)	нет
34.	Геморрагический инсульт или инсульт неуточненного характера в анамнезе.	нет
35.	Состояние после оперативного вмешательства на головном и спинном мозге любой давности	нет
36.	Заболевания ЦНС: новообразования, артериальная аневризма (наличие небольших (до 15мм) бессимптомных аневризм – с осторожностью), дефекты развития артерий и вен	нет
37.	Тяжелая травма головы в течении последних 3 месяцев	нет
38.	Кровотечение или острая травма (перелом) в настоящее время или обширное кровотечение в течение предыдущих 6 месяцев	нет
39.	- Обширное хирургическое вмешательство, травма в течении <u>последних 14 дней</u> - СЛР и роды в течении <u>последних 10 дней</u> - Пункция несжимаемых сосудов (например, подключичная и яремная вена) в течении <u>последних 7 дней</u>	нет
40.	Документально подтвержденная язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в течение последних 3мес, эрозии пищевода	нет
41.	Систолическое АД выше 185 мм рт. ст., или диастолическое АД выше 105 мм рт. ст., при снижении АД во временных рамках терапевтического окна проведение тромболитической терапии возможно	нет
42.	Применение гепарина в предшествующие 48 часов, если в данный момент времени повышено АЧТВ в 1,5 -2 раза и более	нет
43.	Прием пероральных антикоагулянтов: • Варфарин - допускается ТЛТ при МНО <1.3; • Последний прием НОАК (ривароксабан, дабигатран, апиксабан) более 48 часов и клиренс креатинина >80 мл/мин по Кокрофту-Голту - допускается ТЛТ • Последний прием НОАК (ривароксабан, апиксабан) 12-48 часов (или неизвестно) и/или клиренс креатинина <80 мл/мин по Кокрофту-Голту - ТЛТ не проводится • Последний прием НОАК (дабигатран) 12-48 часов (или неизвестно) и/или клиренс креатинина <80 мл/мин по Кокрофту-Голту, нахождение значений ТВ внутри референсного диапазона лаборатории - допускается ТЛТ • Последний прием НОАК (дабигатран) 12-48 часов (или неизвестно) и/или клиренс креатинина <80 мл/мин по Кокрофту-Голту, нахождение значений ТВ за пределами референсного диапазона лаборатории - допускается ТЛТ после введения Идаруцизумаба	нет
44.	Количество тромбоцитов менее 100 000/мкл	нет
45.	Уровень глюкозы в крови менее 2,77 ммоль/л или более 22,2 ммоль/л	нет
46.	Острый панкреатит, тяжелые заболевания печени, включая печеночную недостаточность, цирроз печени, портальную гипертензию (с варикозным расширением вен пищевода), активный гепатит	нет
47.	Новообразования с высоким риском кровотечения	нет
48.	Бактериальный эндокардит, перикардит, недавний инфаркт миокарда, геморрагический диатез/васкулит	нет
49.	Гиперчувствительность к любому компоненту препарата (гентамицин)	нет
50.	Перенесенный ишемический инсульт или ТИА в течение последних 6 месяцев.	
51.	Беременность	нет

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: процедура тромболизиса показанаПеред процедурой тромболизиса убедиться в совпадении терапевтического окна =>

Дата и время инсульта	Дата	.	Время	:
Начало инфузии	Дата	.	Время	:
Конец инфузии	Дата	.	Время	:

При остром ишемическом инсульте рекомендуемая доза **ТЕНЕКТЕПЛАЗА** составляет 0,25 мг/кг **(МАКСИМАЛЬНО 25 МГ!)**, в/в струйно в течение 5 секунд.

Расчёт суммарной дозы

0,25 мг	х		=	
		вес больного кг		суммарная доза мкг

NIH Stroke Scale		0	15	30	45	1ч	3ч	24ч
1а. Уровень сознания	0,1,2,3							
1в. Ответы на вопросы	0,1,2							
1с. Выполнение команд	0,1,2							
2. Глазодвигательные реакции	0,1,2							
3. Зрение	0,1,2,3							
4. Парез лицевой мускулатуры	0,1,2,3							
5. Движения руками	– левая рука - правая рука	0,1,2,3,4,9						
6. Движения ногами	- левая нога - правая нога	0,1,2,3,4,9						
7. Атаксия в конечностях	0,1,2,9							
8. Чувствительность	0,1,2							
9. Речевая функция	0,1,2,3							
10. Дизартрия	0,1,2,9							
11. Угасание и отсутствие внимания (ранее игнориров-е)	0,1,2							
Сумма баллов								
Оценка по ШКГ								

Время «от двери до иглы» _____ мин.**Оценка по модифицированной шкале Рэнкин _____****Врач-невролог (подпись) _____ (ФИО) _____**

ПРОТОКОЛ ВВЕДЕНИЯ ИДАРУЦИЗУМАБА

ФИО:							
Дата и время инсульта					час		мин
Дата и время последнего приема дабигатрана					час		мин
Дата и время введения идаруцизумаба					час		мин
Тромбиновое время, ДО введения идаруцизумаба	сек		референсные значения: 10,3 - 16,6 с.				
Тромбиновое время, ПОСЛЕ введения идаруцизумаба	сек		референсные значения: 10,3 - 16,6 с.				
Противопоказания к введению идаруцизумаба (любой из ответов «да» означает исключение пациента из процедуры введения идаруцизумаба)							
Возраст - моложе 18 лет							
Тромбиновое время в пределах референсного значения							
Тромбозмболия							
Гиперчувствительность к действующему веществу и вспомогательным компонентам препарата							
Беременность и период грудного вскармливания							
• Рекомендуемая доза идаруцизумаба 5 г (2 флакона по 2,5 г/50 мл). • Препарат вводится внутривенно в виде двух последовательных инфузий по 2,5 г (50 мл) каждая в виде болюса. • После введения идаруцизумаба следует выполнить забор образца крови для экстренного определения ТВ и немедленно начинать проведение ВВ ТЛТ, не дожидаясь готовности результата измерения ТВ. • В случае получения результата измерения ТВ, выходящего за пределы верхней границы референсного диапазона местной лаборатории, выполнение ВВ ТЛТ должно быть остановлено.							

Врач-невролог (подпись) _____ (ФИО) _____

Приложение № 7 к Регламенту
маршрутизации и оказания
медицинской помощи пациентам с
острыми нарушениями
мозгового кровообращения
в Мурманской области

ПРОТОКОЛ ВНУТРИСОСУДИСТОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

ФИО _____

Дата и время
поступления

Дата

--	--	--	--	--	--	--	--

Время

		:		
--	--	---	--	--

1. АНАЛИЗЫ КРОВИ: тромбоциты _____, глюкоза _____
АЧТВ _____, МНО _____
креатинин _____

2. КТ г/м время _____ час. _____ мин. ASPECTS =

3. Осмотр невролога и оценка по шкале NIHSS

4. МСКТ – ангиография сосудов г/м – подтверждение
ипсилатеральной окклюзии ВСА, М1 СМА или ОА

5. АД на обеих руках: справа _____ слева _____

Критерии включения/исключения

(любой из ответов «да» означает исключение пациента из процедуры ВСП)

1.	Возраст выходит за рамки - от 18 до 80 лет	
2.	Время от начала заболевания более 6 часов	
3.	ASPECTS 0-5 баллов	
4.	Наличие признаков внутричерепного кровоизлияния при КТ исследовании	
5.	Малый неврологический дефицит (NIHSS < 6 баллов)	
6.	Беременность	
7.	Аллергические реакции на рентгенконтрастные препараты (анамнез)	
8.	Глюкоза крови менее 2,7ммоль/л или более 22 ммоль/л	
9.	Некорригируемое АД > 185/100 мм.рт.ст.	
10.	Ишемический инсульт в бассейне пораженной артерии в предыдущие 6 недель	
11.	Количество тромбоцитов < 40000мкл и/или АЧТВ > 50сек. и/или МНО > 3,0	

Перед процедурой ВСП убедиться в совпадении терапевтического окна ⇒

Дата и время
инсульта

Дата

	.						
--	---	--	--	--	--	--	--

Время

		:		
--	--	---	--	--

Начало ВСП

Дата

	.						
--	---	--	--	--	--	--	--

Время

		:		
--	--	---	--	--

NIH Stroke Scale		до ВСП	после ВСП
1а. Уровень сознания	0,1,2,3		
1в. Ответы на вопросы	0,1,2		
1с. Выполнение команд	0,1,2		

2. Глазодвигательные реакции		0,1,2		
3. Зрение		0,1,2,3		
4. Парез лицевой мускулатуры		0,1,2,3		
5. Движения руками	– левая рука - правая рука	0,1,2,3,4,9		
6. Движения ногами	- левая нога - правая нога	0,1,2,3,4,9		
7. Атаксия в конечностях		0,1,2,9		
8. Чувствительность		0,1,2		
9. Речевая функция		0,1,2,3		
10. Дизартрия		0,1,2,9		
11. Угасание и отсутствие внимания (ранее игнорирование)		0,1,2		
Сумма баллов				

Врач-невролог (подпись) _____(ФИО)_____

Показания и противопоказания к хирургическому лечению геморрагического инсульта

Хирургическое лечение геморрагического инсульта осуществляется в ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина».

Медицинская эвакуация проводится бригадами скорой медицинской помощи или Центром медицины катастроф.

1. Показания для хирургического лечения геморрагического инсульта

1.1. Путаменальное и субкортикальное кровоизлияние объемом более 30 см³, сопровождающееся выраженным неврологическим дефицитом и/или приводящее к дислокации мозга (смещению срединных структур более 5 мм или деформации цистерн ствола мозга).

1.2. Кровоизлияние в мозжечок объемом более 10-15 см³, диаметром более 3 см, сопровождающееся компрессией ствола мозга и/или окклюзионной гидроцефалией. Выполнять наружное вентрикулярное дренирование без удаления гематомы мозжечка не рекомендуется ввиду возможного увеличения аксиальной дислокации мозга.

1.3. Кровоизлияние в мозжечок объемом менее 10-15 см³, сопровождающееся гемотампонадой IV желудочка и окклюзионной гидроцефалией.

1.4. Кровоизлияние в таламус, сопровождающееся гемотампонадой желудочков и/или окклюзионной гидроцефалией (рекомендация).

Хирургическое вмешательство не показано при угнетении сознания до комы (GCS) - 7 баллов и менее.

2. Относительные противопоказания к операции

2.1. Наличие тяжелой соматической патологии (сахарный диабет, почечно-печеночная, сердечно-сосудистая и легочная патология в стадии суб- и декомпенсации, коагулопатия, сепсис).

2.2. Неуправляемая артериальная гипертензия - систолическое давление более 200 мм. рт. ст.

3. Факторы риска неблагоприятного исхода при хирургическом лечении

- 3.1. Снижение бодрствования до сопора и ниже.
- 3.2. Объем внутримозговой гематомы более 50 см.³...
- 3.3. Массивное вентрикулярное кровоизлияние.
- 3.4. Поперечная дислокация 10 мм и более.
- 3.5. Деформация цистерн ствола мозга.
- 3.6. Рецидив кровоизлияния.

Показания для хирургического лечения определяет врач-нейрохирург.

Приложение № 9 к Регламенту
маршрутизации и оказания
медицинской помощи пациентам с
острыми нарушениями
мозгового кровообращения
в Мурманской области

СТАНДАРТИЗИРОВАННОЕ СКРИНИНГОВОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ФУНКЦИИ ГЛОТАНИЯ

Прежде, чем проводить тестирование – заполните этот лист (в течение первых 3-х часов с момента поступления пациента в стационар)

Ф.И.О.: Отделение _____ Палата ☐

1. Пациент бодрствует или может быть разбужен? Реагирует на обращение? ДА ☐
НЕТ ☐

2. Может ли пациент быть посажен? Может ли сидя контролировать положение головы? ДА ☐
НЕТ ☐

Если вы ответили **НЕТ** хотя бы на 1 вопрос – остановитесь и

НЕ ПРИСТУПАЙТЕ К ТЕСТИРОВАНИЮ

Производите повторные оценки каждые 24 часа. Обсудите вопросы питания и гидратации с врачами.

3. Может ли пациент покашливать, если его попросить об этом? ДА ☐
НЕТ ☐

4. Может ли пациент контролировать слюну: вовремя проглатывать, не допускать истечение слюны изо рта? ДА ☐
НЕТ ☐

5. Может ли пациент облизать губы? ДА ☐
НЕТ ☐

6. Может ли пациент свободно дышать? ДА ☐
НЕТ ☐

Если ответы на 3-6 вопросы «ДА» – переходите к тестированию

Если на любой из вопросов вы ответили «НЕТ» – ОБРАТИТЕСЬ ЗА КОНСУЛЬТАЦИЕЙ К СПЕЦИАЛИСТУ ПО ГЛОТАНИЮ

7. Голос пациента влажный или хриплый? ДА ☐ обратитесь к специалисту по глотанию

НЕТ ☐ приступайте к тестированию

Если сомневаетесь, обсудите со специалистом по глотанию и/или врачом.

Лист заполнил(а):

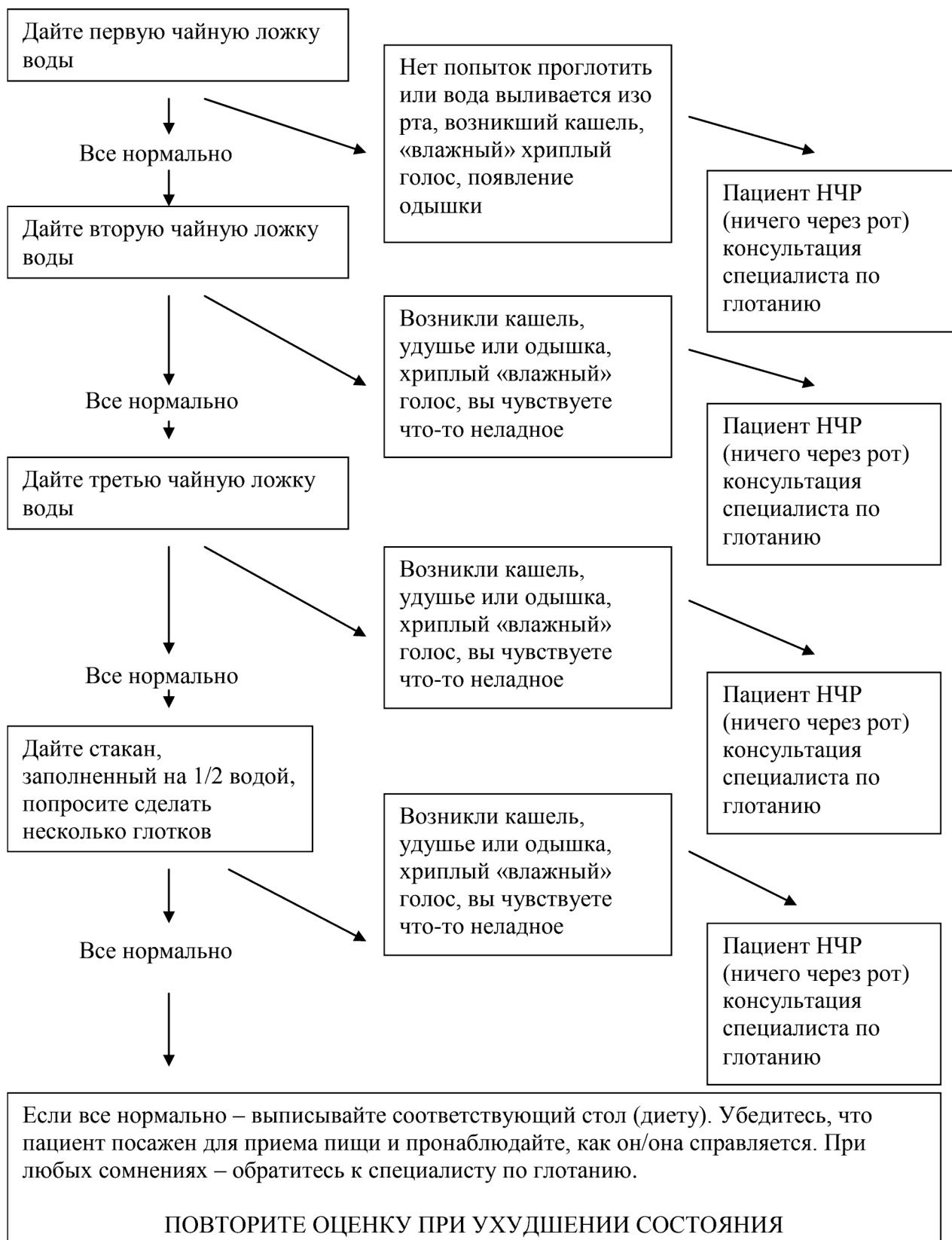
Дата: «___» _____ 20___

Время: _____ час. _____ мин.

Подпись: /Фамилия...../

СКРИНИНГОВОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ГЛОТАНИЯ

Пациент РАЗБУЖЕН и ПОСАЖЕН: Дата: ____/____/____



Скрининговое тестирование произвела:.....

Приложение № 10 к Регламенту
маршрутизации и оказания
медицинской помощи пациентам с
острыми нарушениями
мозгового кровообращения
в Мурманской области

Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений

1. ФИО _____
Возраст _____ пол _____ вес _____

2. Факторы риска:

2.1. ☐ Тяжелое заболевание легких с дыхательной недостаточностью (включая ИВЛ) – как основная причина госпитализации

☐ ХСН – как основная причина госпитализации

2.2. ☐ Предполагаемое ограничение подвижности (более 3 дней)

2.3. ☐ Острая инфекция (пневмония и пр.)

☐ Тромбоз глубоких вен или ТЭЛА в анамнезе

☐ Сепсис

☐ Воспаление суставов нижних конечностей

☐ Воспаление толстого кишечника

☐ Инсульт или другое острое неврологическое заболевание

☐ Врожденная тромбофилия

☐ Возраст 70 лет и старше

☐ Злокачественно новообразование

☐ Нет факторов риска из пункта 2.3

2.4. ☐ Возраст старше 40 лет

☐ Ожирение

☐ Полицитемия/тромбоцитоз

☐ Беременность и 6 недель после родов

☐ Варикозное расширение вен ног

☐ Дегидратация

☐ Миелопролиферативное заболевание

- ☐ Прием КОК или заместительная гормональная терапия у женщин
- ☐ Нет факторов риска из пункта 2.4.

2.5. Другие факторы риска.

3. Стратификация риска венозных тромбоэмболических осложнений:

Низкий риск	Высокий риск
	- факторы риска из раздела 2.1. - факторы риска из раздела 2.2. в сочетании как минимум с одним из раздела 2.3. - факторы риска из раздела 2.2. в сочетании как минимум двумя из раздела 2.4. - многочисленные факторы риска в любом сочетании
Рекомендовано:	
Профилактика не требуется	Требуется профилактика антикоагулянтами подкожно: Надропарин Кальция 0,4 мл при весе ≤ 70 кг - 1 раз в сутки Надропарин Кальция 0,6 мл при весе >70 кг - 1 раз в сутки Эноксапарин натрия 40 мг - 1 раз в сутки Фондапаринукс натрия 2,5 мг - 1 раз в сутки Гепарин 5.000 ЕД. - 3 раза в сутки

4. Противопоказания к профилактике венозных тромбоэмболических осложнений:

- ☐ Недавно перенесенная или планируемая офтальмологическая, или нейрохирургическая операция
- ☐ Гепарин индуцированная тромбоцитопения
- ☐ Клинически значимая тромбоцитопения
- ☐ Продолжающееся тяжелое кровотечение
- ☐ Тяжелая патология печени в том числе варикозное расширение вен пищевода
- ☐ СКФ менее 30 мл/мин
- ☐ Неконтролируемая артериальная гипертензия

Приложение № 11 к Регламенту маршрутизации и оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Мурманской области

Алгоритм процедуры видеотелемедицинской тромболитической терапии при ишемическом инсульте

Участники:

1. Врач-анестезиолог-реаниматолог, врач-терапевт медицинской организации при отсутствии врача-невролога или врач-невролог, нуждающийся в помощи РСЦ при проведении тромболитической терапии (далее – врач, осуществляющий медицинскую помощь пациентам с ОНМК).
2. Врач-невролог РСЦ, прошедший сертификацию по шкале NIH и имеющий личный опыт тромболитической терапии.

Показания для решения вопроса проведения о тромболитической терапии при ишемическом инсульте

1. Пациент с подозрением на ОНМК по ишемическому типу (по данным первичного осмотра и КТ головного мозга) и временем менее 4,5 часов от заболевания до ожидаемого завершения телемедицинской консультации и начала тромболитической терапии.
2. Техническая готовность для проведения видеотелемедицинской тромболитической терапии при ишемическом инсульте (доступность видеотрансляции).

I. Этап до видеотелемедицинской тромболитической терапии (предшествует сеансу видеотрансляции):

1. Пациент госпитализирован на койку в отделение анестезиологии и реанимации.
2. Начат мониторинг витальных функций (частота дыхания, сатурация, артериальное давление, ЭКГ).
3. Выполнен общий терапевтический осмотр больного (анамнез, время заболевания, сопутствующие заболевания).
4. Обеспечена доступность компьютерной томографии головного мозга в Центральном архиве медицинских изображений.
5. Врачом, осуществляющим медицинскую помощь больному ОНМК, заполнен опросный лист кандидата на тромболитическую терапию с перечнем показаний и противопоказаний (приложение № 9 к Регламенту) и результаты анализов (тромбоциты, глюкоза, АЧТВ и МНО).
6. Установлена видеотрансляция.

Продолжительность I Этапа не должно превышать – 50 минут с момента госпитализации пациента в стационар.

II. Этап решения вопроса о видеотелемедицинской тромболитической терапии

1. Врач, осуществляющий медицинскую помощь больному с ОНМК, докладывает о больном.

2. Врач-невролог РСЦ оценивает больного по шкале инсульта NIH с помощью видеотрансляции при участии врача медицинской организации дает заключение по уже имеющейся информации о показаниях или наличии противопоказаний для проведения тромболитической терапии.

3. Принимается совместное решение о проведении тромболитической терапии или об отказе в данной процедуре.

Продолжительность II Этапа не должно превышать – 10 минут.

III. Этап видеотелемедицинской тромболитической терапии

1. Расчёт дозы тромболитического препарата и приготовление препарата (согласно инструкции, к препарату).

2. Введение препарата под строгим контролем витальных функций.

3. Пациент наблюдается в отделении анестезиологии и реанимации в течение 24 часов от начала тромболитической терапии.

4. При отсутствии врача-невролога в медицинской организации, врач-невролог РСЦ оценивает неврологический статус пациента по видеотрансляции через 1 час после завершения введения препарата, либо ранее при нарастании общемозговой симптоматики и/или очаговой неврологической симптоматики или развитии любых осложнений.

5. Выполняется КТ - исследование через 24 часа от начала тромболитической терапии. Снимки КТ передаются в РСЦ, по результатам нейровизуализации врачом-неврологом ПСО проводится оценка неврологического дефицита по шкале NIH (при отсутствии врача-невролога проводится повторная телемедицинская консультация по видеотрансляции с врачом-неврологом РСЦ).

Опросный лист кандидата на видеотелемедицинскую тромболитическую терапию

ФИО														
Дата и время инсульта	Дата									Время				
Дата и время поступления	Дата									Время			:	
1. АНАЛИЗЫ КРОВИ: Тр ____x10 ⁹ , глюкоза ____ммоль/л, АЧТВ ____сек, МНО ____ 2. КТ г/м время ____ час. ____ мин.														
3. Осмотр невролога и оценка по шкале NIHSS <u>(пункт заполняется при осмотре врачом-неврологом)</u>														
4. Вес больного (анамнез)														
5. Измерение АД на обеих руках справа:										мм.рт.ст.		слева:		
												мм.рт.ст.		

Критерии включения/исключения

(любой из ответов «да» означает исключение пациента из процедуры тромболизиса)

52.	Возраст - моложе 16 лет (после 80 лет оценить риск/польза)	
53.	Время более 4,5 часов от начала заболевания до начала ТЛТ или отсутствие точных сведений о времени начала заболевания (инсульт во сне)	
54.	Наличие признаков внутричерепного кровоизлияния при КТ исследовании	
55.	Подозрение на САК по клиническим признакам, даже если нет данных за него при КТ/МРТ	
56.	Признаки тяжелого инсульта: клинические (балл по шкале NIH >25), нейровизуализационные (КТ г/м и/или МРТ г/м в режиме ДВИ очаг ишемии более 1/3 бассейна САМ) <u>(пункт заполняется при осмотре врачом-неврологом)</u>	
57.	Малый неврологический дефицит (т.е. неинвалидирующая симптоматика), при отсутствии данных за окклюзию или субокклюзию СА, САМ. (анамнез/проверка по базе МОКБ) <u>(пункт заполняется при осмотре врачом-неврологом)</u>	
58.	Быстрое улучшение состояния (т.е. регресс симптоматики до неинвалидирующей) перед началом ТЛТ, при отсутствии данных за окклюзию или субокклюзию СА, САМ. <u>(пункт заполняется при осмотре врачом-неврологом)</u>	

59.	Судорожный припадок в дебюте инсульта (если есть основания полагать, что очаговая симптоматика представлена парезом Тогда) (пункт заполняется при осмотре врачом-неврологом)	
60.	Геморрагический инсульт или инсульт неуточненного характера в анамнезе.	
61.	Состояние после оперативного вмешательства на головном и спинном мозге любой давности	
62.	Заболевания ЦНС: новообразования, аневризма, дефекты развития артерий и вен	
63.	Перенесенный инсульт или тяжёлая травма головы в течении последних 3 месяцев	
64.	Кровотечение или острая травма (перелом) в настоящее время или обширное кровотечение в течение предыдущих 6 месяцев	
65.	- Обширное хирургическое вмешательство, травма в течении <u>последних 14 дней</u> - СЛР и роды в течении <u>последних 10 дней</u> - Пункция несжимаемых сосудов (например, подключичная и яремная вена) в течении <u>последних 7 дней</u>	
66.	Документально подтвержденная язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в течение последних 3 мес, эрозии пищевода	
67.	Систолическое АД выше 185 мм рт. ст., или диастолическое АД выше 105 мм рт. ст., при снижении АД во временных рамках терапевтического окна проведение тромболитической терапии возможно	
68.	Применение гепарина в предшествующие 48 часов, если в данный момент времени повышено АЧТВ в 1,5 -2 раза и более	
69.	Прием пероральных антикоагулянтов: • Варфарин - допускается ТЛТ при МНО <1.3; • Последний прием НОАК (ривароксабан, дабигатран, апиксабан) более 48 часов и клиренс креатинина >80 мл/мин по Кокрофту-Голту - допускается ТЛТ • Последний прием НОАК (ривароксабан, апиксабан) 12-48 часов (или неизвестно) и/или клиренс креатинина <80 мл/мин по Кокрофту-Голту - ТЛТ не проводится • Последний прием НОАК (дабигатран) 12-48 часов (или неизвестно) и/или клиренс креатинина <80 мл/мин по Кокрофту-Голту, нахождение значений ТВ внутри референсного диапазона лаборатории - допускается ТЛТ • Последний прием НОАК (дабигатран) 12-48 часов (или неизвестно) и/или клиренс креатинина <80 мл/мин по Кокрофту-Голту, нахождение значений ТВ за пределами референсного диапазона лаборатории - допускается ТЛТ после введения Идаруцизумаба	
70.	Количество тромбоцитов менее 100 000/мкл	
71.	Уровень глюкозы в крови менее 2,77 ммоль/л или более 22,2 ммоль/л	
72.	Острый панкреатит, тяжелые заболевания печени, включая печеночную недостаточность, цирроз печени, портальную гипертензию (с варикозным расширением вен пищевода), активный гепатит	
73.	Опухоли с высоким риском кровотечения	
74.	Бактериальный эндокардит, перикардит, недавний инфаркт миокарда, геморрагический диатез	
75.	Гиперчувствительность к любому компоненту препарата (гентамицин)	

Приложение № 12 к Регламенту маршрутизации и оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Мурманской области

Алгоритм видеотелемедицинских осмотров пациентов с ОНМК

Участники:

1. Врач-невролог, при его отсутствии врач-анестезиолог-реаниматолог или врач-терапевт медицинской организации.
2. Врач-невролог или врач-анестезиолог-реаниматолог РСЦ.

Показания для проведения видеотелемедицинского осмотра пациентов с ОНМК

1. Больной, госпитализированный в БИТР/ОАР с ОНМК.
2. Техническая готовность для проведения (доступность видеотрансляции).

I. Этап до проведения видеотелемедицинских осмотров (предшествует сеансу видеотрансляции)

1. Пациент госпитализирован на койку в отделение анестезиологии и реанимации или БИТР.
2. Проводится мониторинг витальных функций (частота дыхания, сатурация, артериальное давление, ЭКГ).
3. Выполнен общий терапевтический осмотр больного (анамнез, время заболевания, сопутствующие заболевания).
4. Выполнены лабораторные анализы (развёрнутый общий анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма, глюкоза, общий белок, липидный спектр, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины, билирубин, КЩС).
5. Обеспечена доступность компьютерной томографии головного мозга в Центральном архиве медицинских изображений.
6. Установлена видеотрансляция.

Продолжительность I Этапа не должна превышать 72 часов с момента госпитализации пациента в стационар.

II. Этап проведения видеотелемедицинского осмотра пациентов с ОНМК

1. Врач медицинской организации докладывает о больном.
 2. Врач-невролог или врач-анестезиолог-реаниматолог РСЦ оценивает больного с помощью видеотрансляции и дает (при необходимости) рекомендации по тактике ведения пациента.
 3. Врач медицинской организации осуществляет запись в медицинской карте стационарного больного по завершении видеотелемедицинского осмотра.
- Продолжительность II Этапа не должна превышать 30 минут

Протокол ВТОП

ФИО пациента															
ФИО врача-невролога РСЦ															
Дата и время поступления	Дата					2	0	2		Время			:		
Дата и время проведения ВТОП	Дата					2	0	2		Время			:		
Рекомендации по результатам ВТОП: 1. 2. 3. 4.															
ФИО врача										подпись:					

УТВЕРЖДЕН
приказом
Министерства здравоохранения
Мурманской области
От 23.10.2025 № 581

Регламент маршрутизации и организации оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом

Регламент маршрутизации и организации оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом (далее - Регламент) регулирует вопросы оказания экстренной медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (далее – ОКС) в Мурманской области.

Оказание медицинской помощи больным с ОКС представляет собой последовательный процесс, начинающийся на догоспитальном этапе, и, продолжаясь в стационарных условиях заканчивающийся оказанием первичной, первичной специализированной медико-санитарной помощи.

В медицинских организациях Мурманской области, участвующих в оказании медицинской помощи больным с ОКС, разрабатываются алгоритмы действий медицинского персонала при выявлении у пациента подозрения на ОКС на всей территории прикрепления к медицинской организации и непосредственно в стационаре медицинской организации, основанные на маршрутизации пациентов. Алгоритмы утверждаются локальным нормативным актом.

1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь при остром коронарном синдроме (далее – ОКС) и их зоны ответственности

Медицинская организация (филиалы мед. организаций)	Зона ответственности
ГБУЗ «Мурманская областная клиническая больница имени П.А. Баяндина» – РСЦ I для больных с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения. ЧКВ - центр	ОКС с подъемом сегмента ST – г. Мурманск и Мурманская область; ОКС без подъема ST – Мурманская область, за исключением территорий, ЗАТО г.Североморск, Кольского района. Госпитализация согласно схемам маршрутизации
ГБУЗ «Мурманский областной клинический	ОКС без подъема сегмента ST - территории г. Мурманска, Кольского района, ЗАТО г. Североморск

многопрофильный центр» - РСЦ 2 для больных с острым коронарным синдромом. ЧКВ центр	
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Мончегорская центральная районная больница – ПСО № 1	Муниципальный округ г. Мончегорск с подведомственной территорией Мурманской области; Ковдорский муниципальный округ Мурманской области Муниципальный округ г. Оленегорск с подведомственной территорией Мурманской области Ловозерский муниципальный округ Мурманской области
МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ НА ТЕРРИТОРИИ МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ	
	аственной аственной асти стровой; ори

2. Алгоритм действий при выявлении у пациента подозрения на ОКС:

I. Догоспитальный этап, первичный медицинский контакт с пациентом (далее - ПМК) (врач или фельдшер СМП, поликлиника)

- 1) Оценить клиническую картину, на сколько она похожа или непохожа на ОКС.
- 2) Собрать анамнез предшествующих заболеваний и факторов риска, которые могут склонить решение в пользу наличия или отсутствия ОКС.
- 3) Оценить предшествующую терапию.
- 4) Оценить сроки от начала заболевания, повторность болевых приступов, сроки и длительность последнего болевого синдрома, результаты попыток

самостоятельного купирования приступа.

5) Провести объективный осмотр (положение больного, АД, частоту сердечных сокращений, частоту дыханий, наличие нарушений ритма сердца, наличие третьего тона, наличие и распространенность хрипов в легких для оценки класса по Killip, наличие других признаков сердечной недостаточности и т.д.

6) Зарегистрировать и интерпретировать ЭКГ.

➤ **На все эти действия отводится 10 минут**

Через 10мин с момента ПМК (время «Х») все пациенты с болевым синдромом в грудной клетке должны быть разделены на 3 группы:

1) ОКС с подъемом сегмента ST (далее ОКСпST) (подъем сегмента ST в 2х последовательных отведениях > 1мм во всех отведениях за исключением V2- V3, в которых патологическим является повышение > 2мм у мужчин более 40 лет, >2,5мм у мужчин менее 40 лет или > 1,5мм у женщин (при отсутствии гипертрофии левого желудочка или БЛНПГ).

Остро возникшие подъемы сегмента ST на уровне точки J $\geq 0,1$ мВ в отведениях V2–V3 в сравнении с ранее зарегистрированной ЭКГ (при отсутствии гипертрофии левого желудочка или БЛНПГ); впервые выявленная БЛНПГ

2) ОКС без подъема сегмента ST (далее ОКСбпST).

3) Маловероятный ОКС (при очевидных некардиальных причинах болевого синдрома в грудной клетке). Транспортировка в стационар по территориальному признаку (зона ответственности).

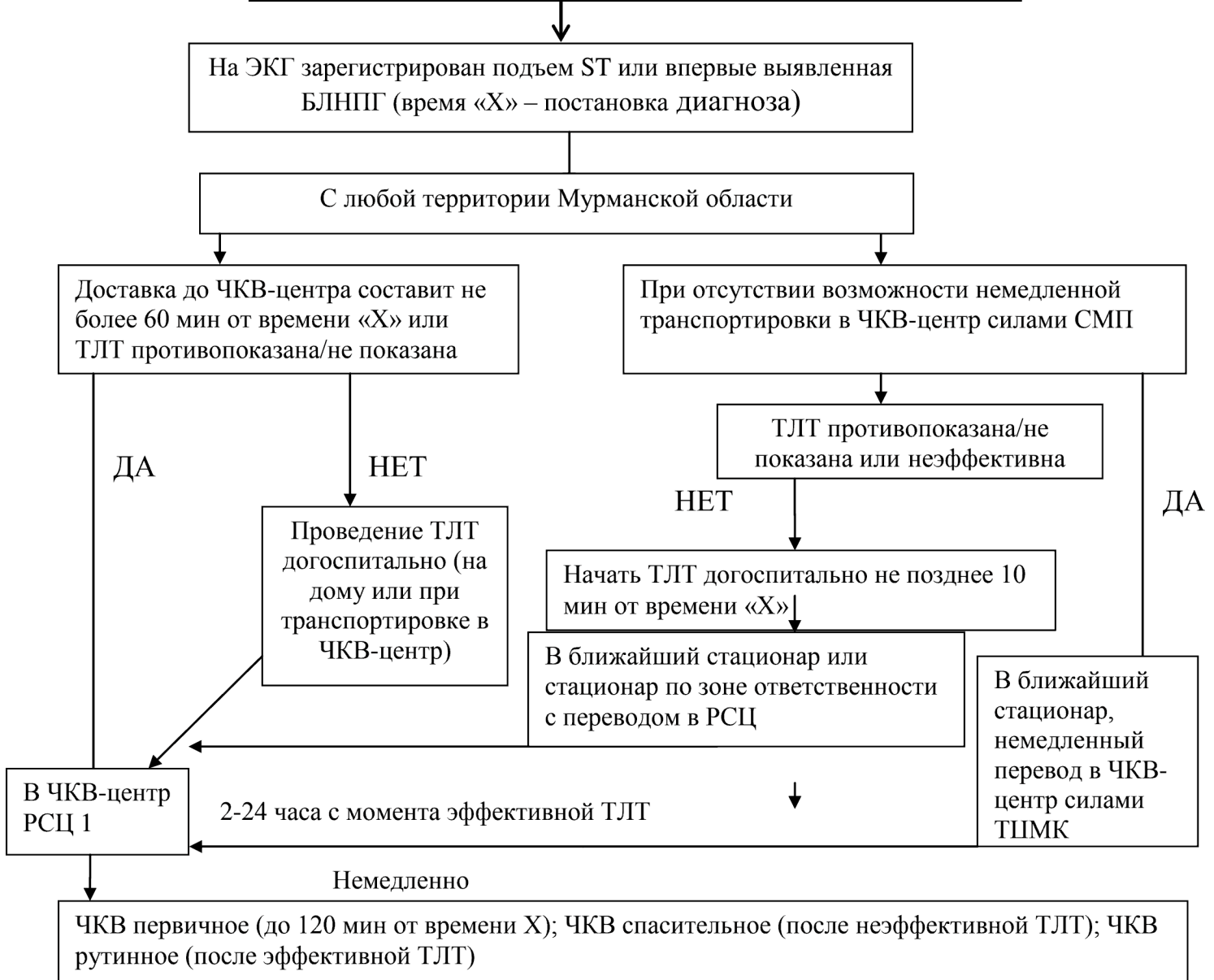
При возникновении трудностей в интерпретации ЭКГ врач(фельдшер) бригады СМП направляет ЭКГ в рамках теле ЭКГ в оперативный отдел ГОБУЗ «МОСМП» для определения дальнейшей тактики ведения и маршрутизации пациента.

В спорных неясных случаях выполняется тропониновый тест.

Маршрутизация пациентов в зависимости от предполагаемого диагноза

ОКС с подъемом сегмента ST

(до 48 часов от последнего болевого симптома) – схема 1



• ТЛТ – тромболитическая терапия, БЛНПГ – блокада левой ножки пучка Гиса, ЧКВ-центр – стационар, выполняющий чрескожное коронарное вмешательство.

Время «X» - время с момента снятия ЭКГ

После снятия ЭКГ и выявления на ЭКГ признаков подъема сегмента ST или впервые возникшую БЛНПГ (время «X») врач/фельдшер СМП или поликлиники оценивает время, необходимое для транспортировки в ЧКВ-центр:

А. Время доставки в ЧКВ-центр займет не более 60 мин с момента времени «X» (время «X» - проведение проводника в инфаркт-связанную артерию (ИСА) не более 120 мин: 60 мин транспортировка + 60 мин подтверждение диагноза и проведение проводника в ЧКВ-центре) - транспортировка осуществляется в ЧКВ-центр РСЦ с

предварительным оповещением приемного отделения ЧКВ-центра РСЦ или дежурного кардиореаниматолога/кардиолога.

Б. Время доставки в ЧКВ-центр РСЦ более 60 мин или ТЛТ противопоказана – начать ТЛТ при отсутствии противопоказаний не позднее 10 мин от времени «Х» (догоспитально), транспортировка в ЧКВ-центр с предварительным оповещением приемного отделения ЧКВ-центра или дежурного кардиореаниматолога/кардиолога.

В. При отсутствии возможности немедленной транспортировки в ЧКВ-центр РСЦ силами СМП (тяжесть пациента, дальность района и отсутствие дополнительных бригад СМП):

– начать ТЛТ догоспитально при отсутствии противопоказаний и транспортировка в стационар в соответствии с зоной ответственности с последующим переводом в ЧКВ-центр: при неэффективной ТЛТ – перевод немедленно, при эффективной ТЛТ – перевод как можно скорее, не более чем до 24 часов;

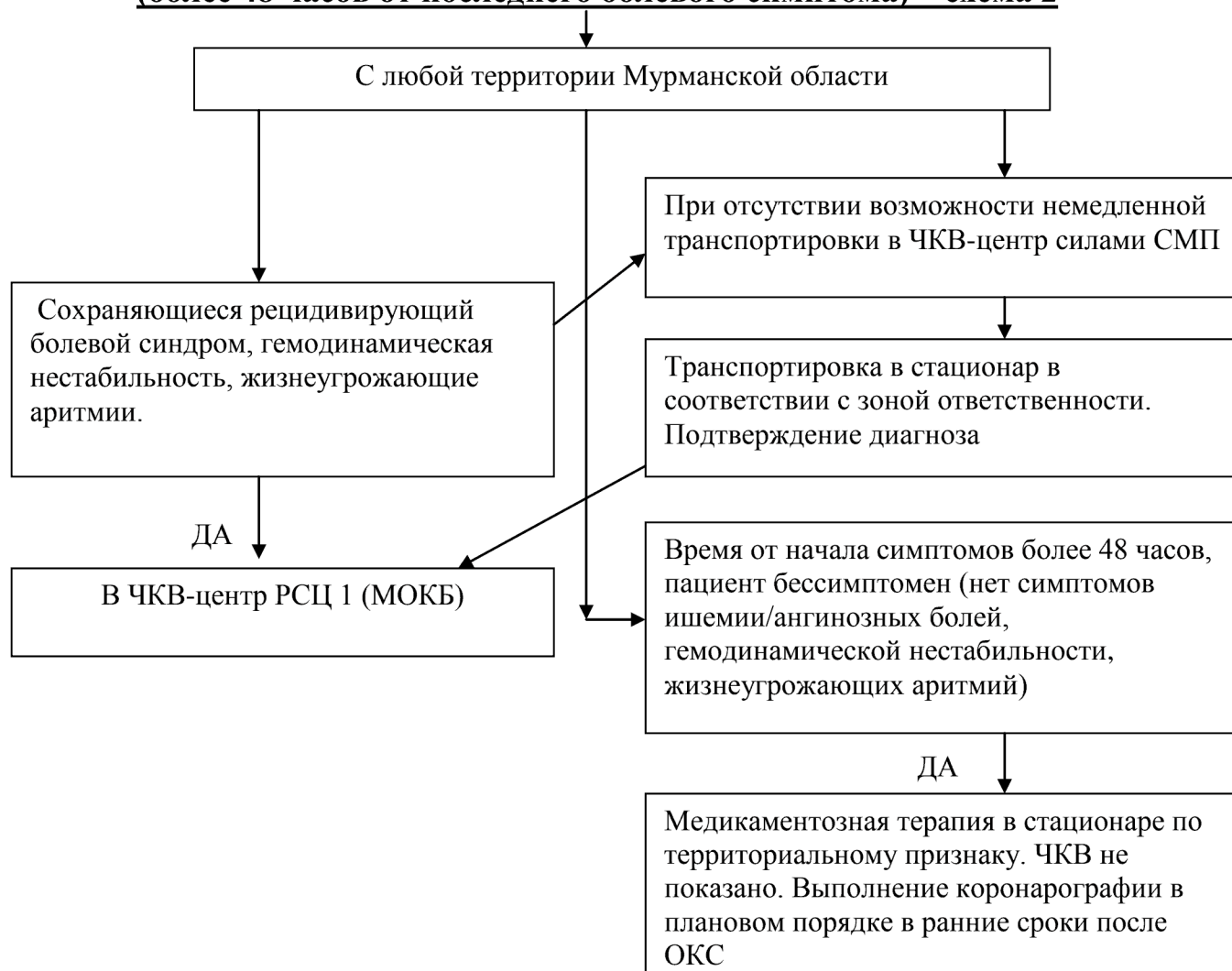
- при наличии противопоказаний к ТЛТ - транспортировка в ближайший стационар, имеющий отделение анестезиологии и реанимации, и немедленный перевод в ЧКВ-центр силами СМП или ТЦМК (территориальный центр медицины катастроф) с предварительным оповещением РСЦ через дежурного ТЦМК.

Зона ответственности ЧКВ-центров определена данным регламентом и будет актуализироваться по мере изменения маршрутизации.

Врач/фельдшер СМП в обязательном порядке в сопроводительном талоне указывает:

- дату и время выраженного болевого синдрома;
- дату и время вызова СМП;
- дату и время ПМК (первичный медицинский контакт);
- оказанную помощь с названием и дозировкой препаратов;
- предварительный диагноз с указанием уровня АД и ЧСС.

ОКС с подъемом сегмента ST(ОКСпST)
(более 48 часов от последнего болевого симптома) – схема 2



При выявлении ОКС с подъемом сегмента ST у пациентов уже находящихся в условиях ГОБУЗ «МОКМЦ» или ФГБУЗ «ММЦ им. Н.И. Пирогова ФМБА России» – выполнение экстренной КАГ и ЧКВ на месте.

Все пациенты с ОКС с подъемом сегмента ST максимально должны доставляться с места вызова бригады СМП в ЧКВ-центр. Исключение может быть только в случае тяжелого состояния пациента и высокого риска транспортировки. В данном случае пациент транспортируется в ближайшую медицинскую организацию с наличием отделения анестезиологии и реанимации (приоритет наличие специализированного кардиологического отделения), после чего посредством бригады ТЦМК доставляется в РСЦ.

Догоспитальная тромболитическая терапия (далее – ТЛТ):

Врач/фельдшер СМП после оценки ЭКГ и времени транспортировки до ЧКВ-центра принимает решение о выполнении ТЛТ, заполняет контрольный лист принятия решения о проведении ТЛТ, утвержденный настоящим Приказом (при наличии даже одной не отмеченной строки в столбце «Да» тромболитическую терапию проводить не следует и заполнение контрольного листа

можно прекратить).

При отсутствии противопоказаний выполняет ТЛТ на дому или при транспортировке в стационар. ТЛТ на догоспитальном этапе выполняется при отсутствии возможности выполнения первичного ЧКВ, то есть транспортировка до ЧКВ-центра займет более 60 минут с момента постановки диагноза.

Введение тромболитика должно быть начато не позднее 10 минут с момента постановки диагноза.

У пациентов с ИМпST старше 75 лет при выборе для системной ТЛТ теноктеплазы** рекомендуется использование половины ее стандартной дозы.

Абсолютные противопоказания к ТЛТ:

- 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.

Относительные противопоказания к ТЛТ:

- транзиторная ишемическая атака в предыдущие 6 месяцев;
- прием пероральных антикоагулянтов;
- беременность и 1-я неделя после родов;
- рефрактерная АГ (САД >180 мм рт.ст. и/или ДАД >110 мм рт.ст.);
- тяжелое заболевание печени;
- инфекционный эндокардит;
- травматическая или длительная сердечно-легочная реанимация;
- обострение язвенной болезни.
- при отсутствии противопоказаний, невозможности выполнения ЧКВ и сохранении симптомов и признаков трансмуральной ишемии (подъемов сегмента ST на ЭКГ) у отдельных пациентов с ИМпST (большая зона миокарда под угрозой и/или гемодинамическая нестабильность) для снижения риска смерти рекомендовано проведение тромболитической терапии через 12–24 часа после начала симптомов.

ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST)
(независимо от времени начала заболевания) – схема 3



Критерии очень высокого риска неблагоприятного исхода:

- развитие нестабильной гемодинамики или кардиогенного шока;
- повторяющиеся или продолжающаяся боль в грудной клетке, рефрактерная к медикаментозному лечению;
- развитие жизнеугрожающих аритмий или остановка сердца;
- развитие механических осложнений ИМ;
- развитие острой сердечной недостаточности с рефрактерной стенокардией или отклонениями сегмента ST;
- повторяющиеся изменения сегмента ST или волны T, особенно с эпизодами преходящей элевации сегмента ST.

Критерии высокого риска:

- повышение или снижение уровня сердечных тропонинов, характерное для ИМ;
- динамическое изменение сегмента ST или волны Т (симптомные или безболевые);
- балл по шкале GRACE более 140.

Критерии умеренного риска:

- сахарный диабет;
- почечная недостаточность (СКФ менее 62мл/мин/1,73 кв. м);
- ФВЛЖ менее 40% или застойная сердечная недостаточность;
- ранняя постинфарктная стенокардия;
- недавнее ЧКВ;
- АКШ в анамнезе;
- балл по шкале GRACE 109-140.

При наличии одного или более указанных критериев любого риска показан перевод в ЧКВ – центр в соответствии со схемой маршрутизации.

При низком риске неблагоприятного исхода (отсутствие указанных выше критериев) продолжить лечение в стационаре.

При наличии у пациента признаков ОКС без подъема сегмента ST (длительный (более 20 мин.) ангинозный приступ в покое; впервые возникшая стенокардия, соответствующая как минимум II ФК; утяжеление до этого стабильной стенокардии как минимум до III ФК; стенокардия, появившаяся в первые 2 недели после ИМ (постинфарктная стенокардия);

транспортировка происходит в стационары по территориальному признаку (согласно схеме 3).

Диагноз ОКСбпST выставляется при наличии остро возникших клинических признаков или симптомов ишемии миокарда, когда на ЭКГ отсутствует стойкий (длительностью более 20 минут) подъем сегмента ST как минимум в двух смежных отведениях и нет остро возникшей блокады левой ножки пучка Гиса. При сомнении в наличии ишемии миокарда необходимы дополнительные диагностические исследования, позволяющие осуществить дифференциальную диагностику.

Оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе:

- ✓ Купировать болевой синдром (препарат выбора – морфин).
- ✓ При развитии осложнений - провести необходимую терапию, включая мероприятия по сердечно-легочной реанимации.
- ✓ Оксигенотерапия при степени насыщения крови кислородом менее 90%.
- ✓ Оценить время доставки в ЧКВ-центр при ОКС с подъемом сегмента ST или риск неблагоприятных событий при ОКС без подъема сегмента ST (действовать в соответствии со схемами 1,2,3).
- ✓ Ацетилсалициловая кислота (без защитной оболочки) – 150-300 мг (при

отсутствии противопоказаний), если не принимал ранее.

✓ Клопидогрел нагрузочная доза 300 мг (пациентам старше 75 лет – 75 мг).

✓ Эноксапарин болюсно 30 мг или гепарин 60 – 70 Ед/кг (максимально 5000ЕД).

✓ При ОКС с подъемом сегмента ST начать ТЛТ при отсутствии противопоказаний и если время доставки в ЧКВ-центр превышает 60 мин.

Врач/фельдшер, участвующий в оказании медицинской помощи на догоспитальном этапе:

- после определения диагноза, тактики транспортирует пациента в стационар (в соответствии с вышеуказанной маршрутизацией). Заранее оповещает стационар о транспортировке пациента;

- заполняет Контрольный лист принятия решения о проведении ТЛТ при ОКС с подъемом сегмента ST;

- в сопроводительном талоне указывает: дату и время выраженного болевого синдрома; дату и время вызова СМП; дату и время ПМК (первичный медицинский контакт); оказанную помощь с названием и дозировкой препаратов; предварительный диагноз с указанием уровня АД и ЧСС.

В случае госпитализации пациента в ЧКВ-центр врач/фельдшер, участвующий в оказании медицинской помощи, информирует пациента о предполагаемом вмешательстве, о риске осложнений.

Ограничениями для проведения первичного ЧКВ при ОКС с подъемом сегмента ST являются:

- непереносимость рентгенконтрастного вещества;

- чрезвычайно высокая масса тела пациента (более 200 кг).

Ограничениями для проведения ЧКВ в остальных случаях являются сопутствующие заболевания и состояния, при которых риск ЧКВ превышает пользу.

II. Стационарный этап

Госпитализация пациентов с инфарктом миокарда (далее ОИМ) осуществляется, минуя приемное отделение, непосредственно в рентгенооперационную или при ее отсутствии в блок интенсивной терапии и реанимации.

Пациенты с установленным диагнозом нестабильная стенокардия (ОИМ исключен) без признаков жизнеугрожающих аритмий, без рецидивирующего болевого синдрома в грудной клетке в покое, без выраженной сердечной недостаточности могут находиться в обычной палате.

На стационарном этапе проводится медикаментозная терапия, уточнение диагноза, выявление возможных осложнений инфаркта миокарда. При сомнительном диагнозе ОКС проводится дифференциальная диагностика с некоронарогенными заболеваниями, нагрузочные тесты (ВЭМ, стресс-ЭХОКГ).

При ОКСбпST в стационаре при поступлении проводится обследование с целью подтверждения/исключения ОКС (контроль ЭКГ, анализ крови на тропонин количественный, ЭХОКГ), оценка состояния тяжести больного,

определение критериев риска неблагоприятного исхода и определение показаний к ЧКВ согласно схеме III.

При наличии критериев высокого или умеренного риска неблагоприятных событий решение вопроса о переводе пациента в ЧКВ-центр принимается посредством телемедицинской связи или телефонной связи через дежурного ТЦМК не позднее 24 часов с момента поступления пациента. Доклад о пациентах на ежедневном ВКС.

При определении критериев риска необходимо использовать шкалу GRACE и другие критерии. Оценка риска отражается в медицинской карте стационарного больного (первичном осмотре лечащего/дежурного врача, в переводном или выписном эпикризе) в виде заполненной таблицы.

В случаях выявления показаний к немедленному переводу в ЧКВ-центр (в соответствии со схемами маршрутизации I, II, III) при ОКСпSTи ОКСбпST лечащий врач оповещает о предстоящем переводе дежурного кардиолога/кардиореаниматолога или заведующего кардиологическим отделением ЧКВ-центра через дежурного ТЦМК.

В случаях выявления показаний к переводу в ЧКВ-центр (в соответствии со схемой маршрутизации III) при ОКСбпST (при наличии критериев высокого и умеренного риска) лечащий врач осуществляет консультацию кардиолога ЧКВ-центра посредством телемедицины, в крайних случаях посредством телефонной связи через дежурного ТЦМК.

При сохраняющемся подозрении на ОКС вне зависимости от наличия критериев риска, а также при ОКС с подъемом сегмента ST более 48 часов, которым не показано экстренное ЧКВ, в обязательном порядке заполнение чек-листа посредством телемедицины для определения сроков выполнения плановой КАГ или нагрузочного тестирования. Плановая коронарография или нагрузочное тестирование не позднее 1 месяца с момента события.

Перевод пациентов в ЧКВ-центр осуществляется силами территориального центра медицины катастроф (далее ТЦМК) в случаях наличия нестабильной гемодинамики, кардиогенного шока, жизнеугрожающих нарушений ритма, необходимости установки временного ЭКС для транспортировки, а также с оценкой тяжести и дальности транспортировки. В остальных случаях перевод осуществляется силами направляющей медицинской организации.

При переводе из стационара в ЧКВ-центр в переводном эпикризе в обязательном порядке должны быть указаны:

- анамнез (дата и время болевого синдрома; дата и время вызова бригады СМП; дата и время первичного медицинского контакта; время выполнения ТЛТ), а также страховой анамнез;
- все методы обследования с описанием, данные лабораторных исследований (тропонин и КФК-МВ в динамике при наличии);
- проведенная медикаментозная терапия с указанием названия и дозировки препаратов, в том числе с указанием названия, дозировки тромболитического препарата, времени его введения и эффективность.

К переводному эпикризу необходимо приложить первичную пленку ЭКГ

(при поступлении в стационар) или ее ксерокопию.

При выписке из стационара пациентов с установленными диагнозами нестабильная стенокардия или ОИМ, которые не были переведены в ЧКВ-центр, в рекомендациях указывается необходимость выполнения коронарографии в плановом порядке в ближайшие сроки (при условии согласия пациента на инвазивный метод диагностики и возможное последующее хирургическое лечение). При отказе пациента от дальнейшего инвазивного вмешательства оформляется информированный отказ в установленном порядке.

При исключении диагноза нестабильной стенокардии или ОИМ в ходе обследования - при выписке устанавливается диагноз выявленного заболевания по МКБ 10, диагнозы МКБ - 10: I20.0, I21 – I24 в данной ситуации не используются.

Консультация кардиохирурга (телемедицинская, заочный консилиум или очная консультация) в неотложном и экстренном порядке проводится в случаях:

1. Трехсосудистое поражение коронарного русла.
2. Наличие стволового поражения.
3. Наличие аневризмы левого желудочка.
4. Наличие разрывов миокарда и/или ДМЖП.
5. Наличие клапанной недостаточности.
6. Неэффективность ЧКВ.
7. Наличие аневризмы восходящего отдела аорты.

При наличии данных состояний в обязательном порядке выполнение консультации кардиохирурга в неотложном или экстренном порядке посредством телемедицины или очной консультации.

Формулировка заключительного диагноза

При формировании диагноза обязательно указывается наличие или отсутствие подъема сегмента ST, локализация очага некроза, формирование зубца Q, тип инфаркта миокарда.

Чаще всего исходом ОКСпST является ИМ с формированием зубца Q на ЭКГ. В таком случае присваиваются коды I21.0–I21.2, I22.0–I22.8. В случае, если ОКСпST приводит к ИМ без формирования зубца Q, также присваиваются коды I21.0–I21.2, I22.0–I22.8.

В случае, если ОКСбпST прогрессирует в ИМпST присваиваются коды I21.0–I21.2, I22.0–I22.8.

В случае, когда при ОКСпST не развился ИМ (отсутствуют его критерии), присваивается код I24.0. Рекомендуемая формулировка: «Острый коронарный тромбоз без развития ИМ (требуется указать — на фоне ТЛТ, ЧКВ или ТЛТ и ЧКВ)».

В случаях внезапной смерти пациента с ОКСпST (ИМ 3 типа по критериям 4-го универсального определения) в клиническом диагнозе следует использовать рубрику I24.8.

Чаще всего исходом предварительного диагноза “ОКСбпST” является

заключительный диагноз:

- «ИМ без формирования патологических зубцов Q» (ему соответствуют рубрики I21.4, I22.0–I.22.8);

- «Нестабильная стенокардия» (рубрика I20.0).

В редких случаях может сформироваться ИМ с патологическими зубцами Q на ЭКГ (в таких случаях используются рубрики I21.0–I21.3, I22.0, I22.1, I22.8).

В редких случаях смерти пациента с ОКСбпST (см. Критерии ИМ 3 типа по Четвертому универсальному определению) следует использовать рубрику I24.

Оперативный мониторинг соблюдения маршрутизации при ОКС

Оперативный мониторинг контроля маршрутизации и качества оказания медицинской помощи при ОКС осуществляется:

1. Ежедневные видеоконференцсвязи (далее ВКС) ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина», как якорного учреждения, с медицинскими организациями по предоставлению ежедневной информации о поступивших пациентах, их состоянии, тактике ведения, принимаются совместные решения по тактике ведения, необходимости переводов пациентов в специализированные отделения, РСЦ. Так же медицинские организации информируют об умерших пациентах, их диагнозах и направлении на патологоанатомическое вскрытие.

2. Оформление при поступлении пациентов с ОКС чек-листов посредством телемедицины всеми медицинскими организациями для информирования ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» и принятия организационных решений.

Приказ Министерства здравоохранения Мурманской области от 21.08.2019 № 466 «Об организации мониторинга состояния пациентов с острым коронарным синдромом» (в редакции от 22.11.2019 № 610) – планируется актуализация.

3. Телемедицинские консультации.

4. Ежемесячный анализ статистических данных по профильности госпитализации, летальности, переводов в РСЦ – ответственный: руководитель РСЦ.

5. Анализ ведения карт стационарного больного при ОКС в медицинских организациях не менее 2х раз в год-ответственный: ГВС кардиолог и руководитель РСЦ.

6. Анализ качества исполнения чек-листов и телемедицинских консультаций ежеквартально - ответственный ГВС кардиолог и руководитель РСЦ.

7. По данным проведенных анализов совместно с Министерством здравоохранения разрабатываются мероприятия по устранению дефектов оказания медицинской помощи и принимаются управленческие решения.

Контрольный лист принятия решения врачебно-фельдшерской бригадой СМП о проведении больному с ОКС тромболитической терапии

Дата и время:

Начала ангинозного приступа

«__»__ 20 г. __ ч.:__ мин

Вызов СМП

«__»__ 20 г. __ ч.:__ мин

Регистрация ЭКГ

«__»__ 20 г. __ ч.:__ мин

	Да	Нет
Характерный для ОКС болевой синдром и/или его эквиваленты, длительностью не менее 15-20 мин, начавшиеся не более 12 часов тому назад ИЛИ Характерный для ОКС болевой синдром и/или его эквиваленты, длительностью не менее 15-20 мин в сочетании с большой зоной повреждения и/или гемодинамической нестабильностью, начавшиеся не более 12-24 часов		
Есть подъем сегмента ST на 1мм и более в двух и более смежных отведениях ЭКГ или зарегистрирована БЛНПГ, которой ранее не было		
Больной ориентирован и может общаться		
Отсутствуют указания на ранее перенесенный геморрагический инсульт или инсульт неуточненной этиологии; повреждения или новообразования ЦНС, артериовенозные мальформации		
Отсутствуют указания на перенесенный ишемический инсульт или транзиторную ишемическую атаку в предшествующие 6 месяцев		
Отсутствуют указания на недавнюю серьезную травму/хирургическое вмешательство/травму головы/желудочно-кишечное кровотечение (в течение предыдущего месяца)		
Отсутствуют подозрения на расслоения аорты		
Отсутствуют признаки геморрагического диатеза или кровоточивости (кроме менструальных кровотечений)		
Отсутствуют данные о пункции некомпенсируемых сосудов, биопсии печени, спинномозговой пункции в течение предыдущих 24 часов		
Отсутствуют признаки обострения язвенной болезни желудка и ДПК		
Отсутствуют сведения о травматичной или длительной сердечно-легочной реанимации в течение последних 3х недель		
Исходно или в результате проведения гипотензивной терапии: систолическое АД < 180 мм.рт.ст., диастолическое АД < 110мм.рт.ст.		
Отсутствуют данные о наличии беременности или 1ой недели после родов; тяжелом заболевании печени; инфекционном эндокардите		
Отсутствуют данные о приеме пероральных антикоагулянтов		
Врач/фельдшер СМП имеет навыки оценки ЭКГ (или есть соответствующее заключение о наличии ЭКГ-критериев для ТЛТ дежурного дистанционного консультативного пункта) и проведения ТЛТ		
Выполнена качественная регистрация ЭКГ в 12 отведениях		
В период транспортировки имеется возможность постоянного мониторингового контроля ЭКГ (хотя бы в 1 отведении) в/в инфузий, проведения дефибрилляции		

ВЫВОД: ТЛТ ПОКАЗАНА/ПРОТИВОПОКАЗАНА (подчеркнуть)

Лист заполнил врач/фельдшер СМП _____ ФИО _____ Подпись

ТЛТ начата «__»__ 20 г. __ ч.:__ мин

Контрольный лист передается в стационар и подшивается в историю болезни.

Оценка риска неблагоприятного исхода при ОКСбпСТ с использованием шкалы GRACE

Клинические признаки		Баллы
Возраст (годы)	Менее 30	0
	30-39	8
	40-49	25
	50-59	41
	60-69	58
	70-79	75
	80-89	91
	Более 90	100
ЧСС (уд/мин)	Менее 50	0
	50-69	3
	70-89	9
	90-109	15
	110-149	24
	150-199	38
	200 и более	46
Систолическое АД (мм.рт.ст)	Менее 80	58
	80-99	53
	100-119	43
	120-139	34
	140-159	24
	160-199	10
	200 и более	0
Класс по Киллип	I	0
	II	20
	III	39
	IV	59
Уровень креатинина (мг/дл)	0-0,39	1
	0,40-0,79	4
	0,8-1,19	7
	1,20-1,59	10
	1,60-1,99	13
	2,0-3,99	21
	4,0 и более	28
Остановка сердца при поступлении		39
Смещение сегмента ST, инверсия зубца Т		28
Повышенный уровень маркеров некроза миокарда в крови		14
ИТОГО баллов		
Другие критерии высокого и умеренного риска:		
Повышение или снижение уровня сердечных тропонинов, характерное для ИМ		Да/Нет
Динамическое изменение сегмента ST или волны Т (симптомные или безболевые)		Да/Нет
Сахарный диабет		Да/Нет
Почечная недостаточность (рСКФ < 60 мл/мин/1,73 м ²)		Да/Нет
ФВЛЖ менее 40% или застойная СН		Да/Нет
Ранняя постинфарктная стенокардия		Да/Нет
Недавнее ЧКВ и/или КШ в анамнезе		Да/Нет

УТВЕРЖДЕН
приказом
Министерства здравоохранения
Мурманской области
от 23.10.2025 № 581

Регламент маршрутизации и организации оказания медицинской помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью в Мурманской области

Настоящий регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи больным хронической сердечной недостаточностью (далее – ХСН).

Для целей настоящего регламента к ХСН относятся состояния, соответствующие кодам I50 международной классификации болезней десятого пересмотра.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь при ХСН и их зоны ответственности

Медицинская организация (филиалы мед. организаций)	Зона ответственности	Расположение и возможности	Численность населения
ГБУЗ «Мурманская областная клиническая больница имени П.А. Баяндина»	Территория Мурманской области и г. Мурманска в соответствии с показаниями	г. Мурманск, ул. Павлова 6; 2 рентген-операционные; 2 рентген-ангиографические установки 2 компьютерных томографа Кардиохирургическое отделение Отделение СНР и ЭКС Кардиологическое отделение; ОАР;	651363
ГБУЗ «Мурманский областной клинический многопрофильный центр»	Территории г. Мурманска, ЗАТО г. Североморск	г. Мурманск, ул. Володарского д. 18. 1 рентген-операционная; 1 рентген-ангиографическая установка Компьютерный томограф Кардиологическое	349435

		отделение – 2; ОАР	
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Мончегорская центральная районная больница	Территории: Муниципальный округ г. Мончегорск с подведомственной территорией Мурманской области; Ковдорский муниципальный округ Мурманской области Муниципальный округ г. Оленегорск с подведомственной территорией Мурманской области Ловозерский муниципальный округ Мурманской области	г. Мончегорск, ул. Кирова, д. 6 Компьютерный томограф; Кардиологическое отделение; ОАР	93875
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Апатитско-Кировская центральная районная больница	Муниципальный округ г. Кировск с подведомственной территорией Мурманской области; Муниципальный округ г. Апатиты с подведомственной территорией Мурманской области	г. Кировск, пр. Ленина, д. 28 1 рентген-операционная; 1 рентген-ангиографическая установка; Компьютерный томограф; Кардиологическое отделение; ОАР	74182
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - «Кандалакшская центральная районная больница»	Кандалакшский муниципальный округ Мурманской области Терский муниципальный округ Мурманской области	г. Кандалакша, ул. Чкалова, д. 61 Компьютерный томограф; Кардиологическое отделение; ОАР	43566
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Кольская	Кольский муниципальный округ	г. Кола, пер. Островского, д. 11 Кардиологические койки; Врач-кардиолог; ОАР	32849

ЦРБ»			
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Оленегорская центральная районная больница	Территории: Муниципальный округ город Оленегорск с подведомственной территорией Мурманской области	г. Оленегорск, Строительная ул, д.20 Терапевтическое отделение; ОАР	27818
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Ковдорская центральная районная больница	Территории: Муниципальный округ г. Ковдор с подведомственной территорией Мурманской области	г. Ковдор, ул. Кошица, д. 11 Терапевтическое отделение; ОАР	
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - ЦРБ ЗАТО г. Североморск	Территория ЗАТО г. Североморск	ЗАТО г. Североморск, ул. ул. Комсомольская, д 27 Терапевтическое отделение; ОАР.	52247

Алгоритм оказания догоспитальной помощи пациентам с ХСН

- пациенты с декомпенсацией ХСН II-III ФК без выраженных клинических симптомов, не угрожающих жизни пациента транспортируются в медицинские организации, оказывающие не специализированную помощь (терапевтические отделения) в соответствии с зонами ответственности.

- пациенты с декомпенсацией ХСН III-IV ФК в сочетании с ХБП, СД, с выраженными клиническими симптомами транспортируются в медицинские организации, оказывающие специализированную помощь в соответствии с зонами ответственности.

Показания для перевода в медицинские организации, оказывающие специализированную помощь

- развитие острой сердечной недостаточности (ОСН) - отек легких, сердечная астма на фоне любой кардиологической патологии (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, врожденные и приобретенные пороки сердца, кардиомиопатии, нарушения сердечного ритма);

- неэффективность проводимой терапии.

Для решения вопроса о переводе пациента организуется неотложная/экстренная заявка на телемедицинскую консультацию врача-

кардиолога кардиологического отделения медицинской организации в соответствии с зоной ответственности. В неотложной форме – срок ответа в течение 24 часов, в экстренной форме срок ответа в течение 2х часов.

Показания для перевода в ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина»

- декомпенсация ХСН у пациентов с трансплантированным сердцем;
- декомпенсация ХСН до III-IV ФК при нарушении функции протеза клапана или его подозрении (при подтверждении нарушенной функции протеза клапана обязательна консультация кардиохирурга);
- воспалительные заболевания (острый миокардит, перикардит) с декомпенсацией сердечной недостаточности;
- проведение исследований для уточнения диагноза и дальнейшей тактики лечения при невозможности выполнения их в стационаре пребывания пациента (коронарография, МСКТ-коронарография, ЧПЭХО, стресс-ЭХО – при наличии показаний);
- отбор пациентов для выполнения им высокотехнологичных методов лечения, в том числе отбор пациентов с терминальной ХСН для трансплантации сердца.

Для решения вопроса о переводе пациента организуется неотложная/экстренная заявка на телемедицинскую консультацию врача-кардиолога/аритмолога/кардиохирурга ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина». В неотложной форме – срок ответа в течение 24 часов, в экстренной форме срок ответа в течение 2х часов.

Определение последующего этапа лечения (реабилитация, диспансерное наблюдение, санаторно-курортное лечение) определяется по шкале реабилитационной мобильности, а также в соответствии с пп. 3,4 общей части Положения настоящего приказа.

Диспансерное наблюдение

Диспансерное наблюдение пациентов с ХСН осуществляется в соответствии с Приказом Минздрава Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» в кабинетах терапевта или кардиолога по месту жительства в медицинских организациях в соответствии с п.п. 1.1, 1.2 общей части Положения.

Льготное лекарственное обеспечение пациентов с ИБС, сниженной ФВ менее 40% по Симпсону и ФП осуществляется в соответствии с пунктом 4 общей части регионального порядка.

УТВЕРЖДЕН
приказом
Министерства здравоохранения
Мурманской области
от 23.10.2025 № 581

Регламент маршрутизации и организации оказания медицинской помощи пациентам с тромбоэмболией легочной артерии в Мурманской области

Настоящий регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи пациентам с тромбоэмболией легочной артерии (далее – ТЭЛА). К ТЭЛА относятся состояния, соответствующие кодам I26 Международной классификации болезней десятого пересмотра.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь при ТЭЛА и их зоны ответственности

Медицинская организация (филиалы мед. организаций)	Зона ответственности	Расположение и возможности	Численность населения
ГБУЗ «Мурманская областная клиническая больница имени П.А. Баяндина»	Территория Мурманской области и г. Мурманска для оперативного лечения, в том числе с применением эндоваскулярных методик	г. Мурманск, ул. Павлова 6; 2 рентген-операционные; 2 рентген-ангиографические установки; 2 компьютерных томографа; Кардиохирургическое отделение; Отделение торакальной хирургии; Кардиологическое отделение; ОАР;	651363
ГБУЗ «Мурманский областной клинический многопрофильный центр»	Территории г. Мурманска, ЗАТО г. Североморск	г. Мурманск, ул. Володарского, д. 18. 1 рентген-операционная; 1 рентген-ангиографическая установка	349435

		Компьютерный томограф Кардиологическое отделение – 2; ОАР	
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Кольская ЦРБ	Кольский муниципальный округ	г. Кола, пер. Островского, д. 11 Кардиологические койки; Врач-кардиолог; ОАР	32849
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Мончегорская центральная районная больница	Территории: Муниципальный округ г. Мончегорск с подведомственной территорией Мурманской области; Ковдорский муниципальный округ Мурманской области, Муниципальный округ город Оленегорск с подведомственной территорией Мурманской области, Ловозерский муниципальный округ Мурманской области	г. Мончегорск, ул. Кирова, д. 6 Компьютерный томограф; Кардиологическое отделение; ОАР	93875
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» -Апатитско- Кировская центральная районная больница	Муниципальный округ город Кировск с подведомственной территорией Мурманской области; Муниципальный округ г. Апатиты с подведомственной территорией Мурманской области	г. Кировск, пр. Ленина, д. 28 1 рентген-операционная; 1 рентген-ангиографическая установка; Компьютерный томограф; Кардиологическое отделение; ОАР	74182
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Кандалакшская	Кандалакшский муниципальный округ Мурманской области Терский муниципальный округ Мурманской области	г. Кандалакша, ул. Чкалова, д. 61, Компьютерный томограф; Кардиологическое отделение; ОАР	43566

центральная районная больница			
----------------------------------	--	--	--

Алгоритм оказания медицинской помощи при ТЭЛА на догоспитальном этапе

Специалистами бригады скорой медицинской помощи (далее- бригада СМП) на догоспитальном этапе выполняется:

- сбор жалоб (боли в грудной клетке, кровохарканье, одышка, потеря сознания, артериальная гипоксемия и. т.д.);
- анамнеза (злокачественное новообразование, операция или иммобилизация и т.д.);
- физикальное обследование;
- контроль показателей гемодинамики (АД, ЧСС);
- регистрация ЭКГ в 12 отведениях (проявляется перегрузкой правого желудочка: признак Q II– S I (QR III и RS I); отрицательные зубцы Т в отведениях I, aVL, V5– V6 ;подъем сегмента RST в отведениях III, aVF, V1– V2 и дискордантное снижение сегмента RST в отведениях I, aVL, V5– V6; полная или неполная блокада правой ножки пучка Гиса; признаки перегрузки правого предсердия: P-pulmonale в отведениях II, III, aVF; другие изменения: упорная синусовая тахикардия, пароксизмы суправентрикулярных тахиаритмий (фибрилляция, трепетание предсердий);
- проводится оценка вероятности наличия ТЭЛА по клиническим данным: индексы Wells и модифицированный индекс Geneva, стратификация риска использованием шкалы PESI.

Клинические признаки	Оригиналь ная версия	Упрощенна я версия	Модифицироваанный		
			Возраст >65 лет	1	1
ТГВ или ТЭЛА в анамнезе	1,5	1	ТГВ или ТЭЛА в анамнезе	3	1
Кровохарканье	1	1	Кровохарканье	2	1
Злокачественное новообразование (активное или ≤6 месяцев назад)	1	1	Злокачественное новообразование (активное или ≤1 года назад)	2	1
Операция или иммобилизация ≤4 нед	1,5	1	Операция под общим наркозом или перелом нижних конечностей ≤1 месяца назад	2	1
			Боль в н. конечности с одной стороны	3	1
Клинические признаки тромбоза глубоких вен нижних конечностей	3	1	Односторонний отек и болезненная пальпация по ходу глубоких вен нижних конечностей	4	1
			ЧСС 75–94 в минуту	3	1
ЧСС >100 в минуту	1,5	1	ЧСС ≥ 95 в минуту	5	2

Другой диагноз менее вероятен, чем ТЭЛА	3	1			
Вероятность ТЭЛА	Сумма баллов		Вероятность ТЭЛА	Сумма баллов	
- низкая - средняя - высокая	0-1 2-6 >7	0-1 >1	низкая - средняя - высокая	3 4-10 ≥11	0-1 2-4 >5
-ТЭЛА маловероятна - ТЭЛА вероятна		1	- ТЭЛА маловероятна - ТЭЛА вероятна	0-5 >5	0-2 >2

– проведение антикоагулянтной терапии, коррекция болевого синдрома и нарушений витальных функций.

Все пациенты с подозрением на ТЭЛА транспортируются в медицинские организации в соответствии с зонами ответственности.

Алгоритм оказания медицинской помощи на госпитальном этапе

1. Алгоритмы стратификации группы риска ТЭЛА, диагностики и верификации диагноза в стационаре:

Параметры шкалы PESI:

- Возраст (в годах) — 1 балл за каждый год;
- Мужской пол — 10 баллов;
- Онкологическое заболевание в анамнезе — 30 баллов;
- Сердечная недостаточность (ХСН) — 10 баллов;
- Хроническое лёгочное заболевание — 10 баллов;
- Частота пульса ≥ 110 уд/мин — 20 баллов;
- Систолическое АД < 100 мм рт. ст. — 30 баллов;
- Частота дыхания ≥ 30 в мин — 20 баллов;
- Температура тела $< 36^\circ\text{C}$ — 20 баллов;
- Нарушение сознания — 60 баллов;
- $\text{SpO}_2 < 90\%$ — 20 баллов.

Сумма баллов = Индекс тяжести по PESI.

Классы риска по шкале PESI:

- Класс I (≤ 65 баллов) — очень низкий риск: смертность $< 1\%$;
- Класс II (66–85 баллов) — низкий риск: смертность 1–3%;
- Класс III (86–105 баллов) — умеренный риск: смертность 3–7%;
- Класс IV (106–125 баллов) — высокий риск: смертность 7–11%;
- Класс V (> 125 баллов) — очень высокий риск: смертность $> 1\%$.

2. Перечень обследований:

- лабораторные исследования: развернутый клинический анализ крови, биохимический анализ крови, Д-димер, тропонин, BNP/NTproBNP;
- инструментальные исследования: ЭКГ, ЭХОКГ, рентгенография ОГК, МСКТ-ангиопульмонолография.

3. Проведение ТЛТ - Абсолютным показанием является массивная ТЭЛА с выраженными нарушениями гемодинамики (шок, стойкая

артериальная гипотензия). Решение о проведении тромболитической терапии может быть также принято у больных с нормальным артериальным давлением и промежуточным высоким риском смерти: значительная сумма баллов по шкале PESI в сочетании с признаками дисфункции правого желудочка (по данным ЭхоКГ или результатам КТ) и повышенным уровнем хотя бы одного из сердечных биомаркеров в крови.

Риск смерти при ТЭЛА	Шок или артериальная гипотония	Классы III—IV по индексу PESI или ≥ 1 балла по упрощенному индексу PESI	Признаки дисфункции правого желудочка при визуализации (ЭхоКГ или КТ)	Повышенный уровень сердечных биомаркеров в крови
Высокий	+	(+)*	+	(+)**
Промежуточный высокий	-	+	+	+
Промежуточный низкий	-	+	Только один или оба отсутствуют***	
Низкий	-	-	Оценка не обязательна; если оценены, то оба отсутствуют	

* — сердечный тропонин или мозговой натрийуретический пептид/NT-концевой фрагмент предшественника мозгового натрийуретического пептида;

** — при шоке/артериальной гипотонии их оценка не нужна;

*** — одного позитивного признака достаточно даже при невысоком индексе PESI.

4. При наличии у больного нестабильной гемодинамики:



5. Поиск причины ТЭЛА: УЗДГ вен нижних конечностей, УЗДГ нижней полой вены, онкопоиск.

6. При необходимости - неотложная/экстренная заявка на телемедицинскую консультацию врача-кардиолога кардиологического отделения ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» для решения вопроса о тактике ведения. В неотложной форме – срок ответа в течение 24 часов, в экстренной форме срок ответа в течение 2х часов.

Определение последующего этапа лечения (реабилитация, диспансерное наблюдение, санаторно-курортное лечение) определяется по шкале реабилитационной мобильности, а также в соответствии с пп.3,4 общей части Положения настоящего приказа.

Диспансерное наблюдение

Диспансерное наблюдение пациентов с ТЭЛА проводится в соответствии с Приказом Минздрава Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

Через 3 месяца после перенесенной ТЭЛА всем пациентам показано проведение ЭхоКГ для оценки уровня РСДЛА. При повышении РСДЛА более 40 мм. рт.ст. пациент должен быть направлен в кабинет ЛГ КДЦ ГОБУЗ «МОКБ имени П.А. Баяндина».

УТВЕРЖДЕН
приказом
Министерства здравоохранения
Мурманской области
от 23.10.2025 № 581

Регламент маршрутизации и организации оказания медицинской помощи пациентам с врожденными и приобретенными пороками клапанов сердца в Мурманской области

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

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

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

На территории Мурманской области единственная медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях, в структуре которой организовано кардиохирургическое отделение и отделение рентгенхирургических методов лечения и диагностики и выполняются оперативные/эндоваскулярные вмешательства при врожденных и приобретенных пороках клапанов сердца:

ГБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина», г. Мурманск, ул. акад. Павлова, д.6.

Маршрутизация пациентов с ВиППКС по экстренным, неотложным показаниям осуществляется в соответствии с зонами ответственности, указанными в Положении.

Диагностика, диспансерное наблюдение, консультативная помощь пациентам с ВиППКС осуществляется в медицинских организациях в соответствии с Положением.

Первичная медико-санитарная помощь (диагностика)

1. Сбор жалоб (одышка, быстрая утомляемость, кашель, перебои в работе сердца, отеки нижних конечностей и т.д.), физикальные данные (синюшность или бледность кожных покровов, наличие патологической пульсации и шумов в сердце при аускультации), расширение границ сердца, и т.д.).

2. При подозрении на наличие порока клапанов сердца выполнение диагностических исследований: ЭКГ, ЭХОКГ, РГ грудной клетки. Лабораторные исследования (клинический и биохимический анализ крови, коагулограмма).

При невозможности выполнения исследований в амбулаторных условиях пациент госпитализируется в стационар по месту жительства с последующей консультацией кардиолога.

3. При подтверждении по ЭХОКГ наличие порока клапанов сердца организуется консультация кардиолога в поликлинике по месту жительства.

4. При наличии декомпенсации ХСН неотложная/экстренная госпитализация в стационар ближайшей медицинской организации. В случае отсутствия в стационаре кардиологического отделения выполняется очная или телемедицинская консультация врача-кардиолога в соответствии с зоной ответственности для определения тактики ведения пациента, необходимости перевода в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь. При выявлении значимого порока клапанов сердца, обусловившего декомпенсацию ХСН, организуется телемедицинская консультация к врачу-кардиохирургу ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина».

Первичная специализированная, консультативная медико-санитарная помощь

1. Сбор жалоб, анамнеза, физикальный осмотр. Ознакомление с диагностическими исследованиями. При их отсутствии или неполном перечне - направление на диагностические исследования.

2. При подтверждении наличия порока клапанов сердца определение дальнейшей тактики ведения:

- неотложная/экстренная госпитализация в стационар при декомпенсации ХСН;

- консервативная терапия, контроль диагностических исследований, диспансерное наблюдение; подготовка к планируемому оперативному вмешательству;

- плановая госпитализация для дополнительных исследований (экспертная ЭХОКГ, ЧПЭХОКГ, коронарография, МСКТ) в ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина»;

- при наличии порока клапанов сердца (средней и тяжелой степени, критический) консультация врача-кардиохирурга в консультативном диагностическом центре ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» (далее – КДЦ) для решения вопроса о показаниях к оперативному лечению, проведению специальных видов исследований (коронарография, ЧПЭХОКГ, МСКТ, ЭХОКГ экспертного класса и др.). Возможна консультация врача-кардиохирурга посредством телемедицины (ТМК).

По заключению врача кардиохирурга при наличии показаний к оперативному лечению/диагностическим исследованиям определяются показания и сроки госпитализации в ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина».

Направление на госпитализацию в ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» по заключению врача кардиолога или врача кардиохирурга осуществляется путем

подачи заявки в сервис «лист ожидания», а также переводом из медицинских организаций (филиалов).

Специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь

В ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина»:

- определяются показания к оперативному лечению, сроки оперативного лечения;
- формируется пакет документов для выполнения высокотехнологичной помощи;
- выполняются хирургические/эндоваскулярные вмешательства при ВиППКС;
- организуются телемедицинские консультации/консилиумы с федеральными центральными клиниками при необходимости.

После выполненного хирургического/эндоваскулярного лечения ВиППКС определение дальнейшего этапа лечения в соответствии со шкалой реабилитационной мобильности и п.3 общей части Регионального порядка.

При нахождении пациента в медицинской организации, за исключением ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина», которому необходима экстренная/неотложная кардиохирургическая помощь организуется связь с дежурным врачом-сердечно-сосудистым хирургом через территориальный центр медицины катастроф (далее ТЦМК) по телефонам: 560-185, 560-186 для решения вопроса необходимости перевода пациента в ГОБУЗ «МОКБ им. .А. Баяндина».

Диспансерное наблюдение

Диспансерное наблюдение осуществляется в соответствии с Приказом Минздрава Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

После перенесенного хирургического/эндоваскулярного вмешательства, в том числе за пределами региона, дополнительно осуществляются консультации/осмотры врача-кардиолога КДЦ:

- через 3 месяца после хирургического/эндоваскулярного вмешательства;
 - последующие осмотры/консультации по заключению врача-кардиолога КДЦ. При необходимости с привлечением врача кардиохирурга-КДЦ.
-

УТВЕРЖДЕН
приказом
Министерства здравоохранения
Мурманской области
от 23.10.2025 № 581

**Регламент маршрутизации и организация оказания медицинской помощи
пациентам с острым аортальным стенозом в Мурманской области**

Настоящий регламент регулирует вопросы организации оказания экстренной медицинской помощи пациентам с острой аортальной патологией: разрывы аневризмы брюшной/грудной аорты, расслоения грудной аорты, интрамуральные гематомы и пенетрирующие язвы аорты. К острому аортальному синдрому (далее ОАС) относятся состояния, соответствующие кодам I71-I72 Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10).

**1. Перечень медицинских организаций, участвующих в маршрутизации
пациентов при остром аортальном синдроме и их зоны
ответственности**

Медицинская организация (филиалы мед. организаций)	Зона ответственности	Расположение	Численность населения
ГБУЗ «Мурманская областная клиническая больница имени П.А. Баяндина»	Территория г. Мурманска и Мурманской области	г. Мурманск, ул. Павлова д. 6; 2 рентгенооперационные; 2 рентгенангиографияеские установки Компьютерный томограф Кардиохирургическое отделение (патология восходящего отдела и дуги аорты); Отделение сосудистой хирургии (патология нисходящего отдела аорты)	651363
ГБУЗ «Мурманский областной клинический многопрофильный центр»	территории г. Мурманска, Кольского района, ЗАТО г. Североморск	г. Мурманск, ул. Володарского 18. 1 рентгенооперационная; 1 рентгенангиографическая установка Компьютерный томограф	349435

Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Мончегорская центральная районная больница	Территории: Муниципальный округ г. Мончегорск с подведомственной территорией Мурманской области; Ковдорский муниципальный округ Мурманской области Муниципальный округ г. Оленегорск с подведомственной территорией Мурманской области Ловозерский муниципальный округ Мурманской области	Г. Мончегорск, ул. Кирова 6 Компьютерный томограф	93875
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Апатитско-Кировская центральная районная больница"	Муниципальный округ г. Кировск с подведомственной территорией Мурманской области; Муниципальный округ г. Апатиты с подведомственной территорией Мурманской области	Г. Кировск, пр.Ленина, д.28 1 рентгенооперационная; 1 рентгенангиографическая установка Компьютерный томограф	74182
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Кандалакшская центральная районная больница	Кандалакшский муниципальный округ Мурманской области Терский муниципальный округ Мурманской области	Г. Кандалакша, ул. Чкалова 61 Компьютерный томограф	43566
ФГБУЗ «ММЦ им. Н.И. Пирогова ФМБА России»	ОКС без подъема сегмента ST - Территории Городские округа: ЗАТО Александровск, ЗАТО г. Островной; ЗАТО г. Заозерск; Муниципальный округ г. Полярные Зори	г. Мурманск, ул. Павлика Морозова 6 1 рентгенооперационная 1 рентгенангиографическая установке Компьютерный томогараф	57201

2. Алгоритм оказания медицинской помощи при ОАС на догоспитальном этапе

Оказание медицинской помощи пациентам с ОАС проводится выездными бригадами скорой медицинской помощи (далее – бригада СМП).

При постановке предварительного диагноза ОАС или подозрении на ОАС врач (фельдшер) бригады СМП руководствуется следующими критериями, свидетельствующими о наличии высокого риска развития ОАС: - сопутствующие состояния: синдром Морфана или другие заболевания соединительной ткани, семейный анамнез заболеваний аорты, известная патология аортального клапана, ранее диагностированная аневризма грудного отдела аорты, предшествующие манипуляции на аорте, в том числе кардиохирургические;

- особенности болевого синдрома – боль в груди, спине или животе, сопровождающаяся резким началом/высокой интенсивностью/разрывающим или раздражающим характером;

- данные обследований – признаки нарушения перфузии (дефицит пульса, различия уровня систолического давления, фокальный неврологический дефицит в сочетании с болью), диастолический шум в зоне аорты (новый и связанный с появлением боли), гипотензия или шок.

При подозрении на ОАС врач (фельдшер) бригады СМП проводит следующие медицинские манипуляции, симптоматическую и посиндромную терапию:

- оксигенотерапия через назальный катетер/маску объемом 4-6 л/мин для достижения SpO_2 более 90% с увеличением объема при снижении показателя сатурации;

- адекватное обезболивание с использованием опиоидных анальгетиков и бензодиазепинов внутривенно;

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

- формирование постоянного периферического и/или центрального венозного доступа с использованием инфузионного катетера (размер 18G, 16G, 14G);

- исключение при подозрении на ОАС назначения пациентам антиагрегантных препаратов группы тиенопиридинов.

При постановке диагноза ОАС бригада СМП транспортирует пациента в ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина».

При подозрении на ОАС или ОКС транспортировка осуществляется в медицинские организации в соответствии с зонами ответственности с последующей верификацией диагноза.

Транспортировка пациента осуществляется на каталке в положении лежа с обеспечением максимального покоя и с предварительным извещением ответственного лица, принимающего МО о предполагаемой доставке пациента с подозрением на наличие ОАС по телефону и указанием расчетного времени прибытия.

При развитии нарушений витальных функций на этапе медицинской эвакуации проводится комплекс реанимационных мероприятий, в том числе оротрахеальная интубация и инвазивная вентиляция лёгких.

3. Алгоритм оказания медицинской помощи при ОАС на госпитальном этапе

При поступлении пациента с ОАС или с подозрением на ОАС выполняется:

- лабораторная диагностика: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, кислотно-щелочное состояние крови (рН, ВЕ, рСО₂, РО₂, Lас), коагулограмма, определение уровня тропонина, клинический анализ крови;
- 12 канальная электрокардиограмма с расшифровкой,
- трансторакальная эхокардиография,
- КТ с контрастированием аорты, брахиоцефальных артерий и артерий нижних конечностей для верификации диагноза, при необходимости МРТ.

Все исследования выполняются в экстренном порядке!

В случае поступления пациента с ОАС или диагностики ОАС в медицинской организации, не имеющей возможности проведения МСКТ (транспортировка была осуществлена в ближайшую медицинскую организацию в связи с тяжестью состояния), пациенту экстренно выполняется эхокардиография, УЗИ брахиоцефальных артерий, артерий верхних и нижних конечностей, УЗИ брюшной полости, ЭКГ.

4. Экстренные лечебные мероприятия

У всех пациентов с ОАС рекомендуется проведение медикаментозной терапии, включающей обезболивание и стабилизацию АД. Все пациенты с ОАС или подозрением на ОАС должны транспортироваться в отделение анестезиологи и реанимации.

- у пациентов с ОАС рекомендуется в начальное лечение включать внутривенное введение бета-блокаторов (за исключением тех пациентов, кому они противопоказаны), чтобы снизить ЧСС и САД (целевые значения САД 100-120 мм рт.ст.)

- у пациентов с противопоказаниями к применению бета-блокаторов или их непереносимостью, рекомендуется начать лечение с внутривенного введения недигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов для достижения контроля над частотой сердечных сокращений

- если у пациентов с ОАС после начала внутривенной терапии бета-блокаторами сохраняется неудовлетворительный контроль АД, рекомендуется к начальному лечению добавить внутривенное введение вазодилататоров для нормализации АД

- при наличии гипотензии у пациентов с ОАС рекомендуется проводить восполнение ОЦК до достижения САД = 90 мм рт.ст. для уменьшения риска неврологических осложнений и летального исхода.

При постановке/подозрении диагноза ОАС пациенту, находящемуся на стационарном лечении в медицинской организации (далее – МО) организуется связь с дежурным сердечно-сосудистым хирургом через территориальный центр медицины катастроф (далее – ТЦМК) по телефонам: 560-185, 560-186.

Или направление экстренной заявки на проведение консультации с применением телемедицинских технологий (далее – телемедицинская консультация) с врачом-кардиохирургом (при аортальной патологии восходящего отдела и дуги аорты/врачами-сосудистыми хирургами (при аортальной патологии нисходящего отдела аорты) отделения кардиохирургии и отделения сосудистой хирургии ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» в срок не превышающий 2 часа от постановки диагноза.

При этом данные МСКТ должны быть загружены на PACS-сервер (центральный архив медицинских изображений) для оценки специалистами ГОУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина».

Решение о переводе пациента и сроках принимает врач-консультант (кардиохирург/сосудистый хирург).

Транспортировка в ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» осуществляется силами бригады ТЦМК.

При госпитализации в ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» пациент с ОАС транспортируется в отделение анестезиологии и реанимации или сразу в операционную/рентгенооперационную.

В случае необходимости организуется консультация/консилиум посредством телемедицины с центральными федеральными клиниками.

После выполненного хирургического лечения определяется следующий этап лечения по шкале реабилитационной мобильности.

Диспансерное наблюдение осуществляется врачом кардиологом по месту жительства пожизненно с привлечением сердечно-сосудистого хирурга (очно или посредством телемедицинской консультации).

Консультация/осмотр сердечно-сосудистого хирурга осуществляется в Мурманском диагностическом центре (далее МДЦ) в сроки:

- через 3 месяца после хирургического лечения;
- через 6 месяцев после хирургического лечения;
- далее не реже 1 раза в год или при необходимости чаще по заключению сердечно-сосудистого хирурга.

Объем обследования на 1 контрольный осмотр сердечно-сосудистого хирурга должен состоять:

- ЭХОКГ и МСКТ с контрастным усилением при патологии восходящего отдела и дуги аорты;
- МСКТ с контрастным усилением при патологии нисходящего отдела аорты.

Объем обследования на последующие контрольные осмотры сердечно-сосудистого хирурга определяет сердечно-сосудистый хирург.

Информация об установленных случаях выявления ОАС, в том числе выявленным посмертно, направляется главным внештатным специалистам сердечно-сосудистому хирургу и кардиохирургу Министерства здравоохранения Мурманской области.

Главные внештатные специалисты сосудистый хирург и кардиохирург Министерства области ведут учет всех пациентов с ОАС, в том числе пролеченных за пределами региона.

УТВЕРЖДЕН
приказом
Министерства здравоохранения
Мурманской области
от 23.10.2025 № 581

Регламент маршрутизации и организации оказания медицинской помощи пациентам с нарушением ритма и проводимости

Настоящий регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи больным с нарушениями сердечного ритма и проводимости (далее – НРСиП). К НРСиП относятся состояния, соответствующие кодам I44-I49 международной классификации болезней десятого пересмотра.

1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь при неотложных/экстренных состояниях НРСиП и их зоны ответственности

Медицинская организация (филиалы мед. организации)	Зона ответственности	Расположение	Численность населения
ГБОУЗ «Мурманская областная клиническая больница имени П.А. Баяндина»	Мурманская область, г. Мурманск. Оперативное лечение НРСиП; Эндокардиальное ЭФИ, ЭИТ	г. Мурманск, ул. Павлова, д. 6; Отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции	651363
ГБОУЗ «Мурманский областной клинический многопрофильный центр»	территории г. Мурманска, ЗАТО г. Североморск	г. Мурманск, ул. Володарского, д. 18. Кардиологические отделения – 2 ОАР	316586
Филиал ГБОУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Мончегорская центральная районная больница	Территории: Муниципальный округ город Мончегорск с подведомственной территорией Мурманской области; Ковдорский муниципальный округ Мурманской области Муниципальный округ город Оленегорск с подведомственной территорией Мурманской области	г. Мончегорск, ул. Кирова, д.6 Кардиологическое отделение ОАР	93875

	Ловозерский муниципальный округ Мурманской области		
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» -Апатитско- Кировская центральная районная больница ПСО № 3 <i>ЧКВ - центр</i>	Муниципальный округ город Кировск с подведомственной территорией Мурманской области; Муниципальный округ город Апатиты с подведомственной территорией Мурманской области	г. Кировск, пр. Ленина, д. 28 Кардиологическое отделение; ОАР	74182
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Кандалакшская центральная районная больница – кардиологическое отделение	Кандалакшский муниципальный округ Мурманской области Терский муниципальный округ Мурманской области	г. Кандалакша, ул. Чкалова, д. 61 Кардиологическое отделение; ОАР	43566
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Кольская ЦРБ	Кольский муниципальный округ	г. Кола, пер. Островского, д. 11 Кардиологические койки; Врач-кардиолог; ОАР	32849

2. Алгоритм маршрутизации пациентов с НРСиП на догоспитальном этапе

Все пациенты с наличием неотложного состояния транспортируются в медицинскую организацию в соответствии с зонами ответственности.

Неотложное состояние при НРСиП подразумевает:

- тахикардии (фибрилляция желудочков, желудочковая тахикардия без пульса, фибрилляция/трепетание предсердий) представляющие высокий риск сердечно-сосудистых осложнений/угрозу жизни с выраженными клиническими проявлениями (нарушение гемодинамики, тахипноэ, наличие ангинозных болей, связанных с нарушением ритма и т.д.)

- брадикардии с МАС синдромом или его эквивалентами: потеря сознания, предобморочное состояние, головокружение, наличие ангинозных болей, связанных с нарушением ритма).

В случае отдаленности территории населенного пункта от медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь, пациент транспортируется в ближайшую медицинскую организацию с последующей консультацией кардиолога посредством телемедицины в медицинских организациях зон ответственности с решением вопроса о необходимости перевода пациента в специализированное отделение медицинской организации.

Пациенты с менее выраженными симптомами и стабильным состоянием транспортируются в медицинские организации в неспециализированные отделения по профилю «терапия».

3. Алгоритм маршрутизации и оказания медицинской помощи пациентам с НРСиП на госпитальном этапе

1. Перечень обследований:

- лабораторные исследования: развернутый клинический анализ крови, биохимический анализ крови, электролиты (калий, натрий), тиреотропный гормон (ТТГ). При наличии СН - NT-proBNP. При ФП/ТП – коагулограмма;

- инструментальные исследования: ЭКГ, ЭХОКГ, при отсутствии верификации НРС – ХМЭКГ.

2. Назначение базисной терапии в соответствии с клиническими рекомендациями, включая ЭИТ/ установку ВЭКС при наличии показаний, при ФП/ТП назначение антикоагулянтной терапии в соответствии со шкалами CHA₂DS₂VASc и HAS-BLED.

3. При брадикардиях исключить обратимые причины (медикаментозная, гиперкалиемия).

4. В случае наличия:

- желудочковых тахикардий или пароксизмальных нарушений ритма рецидивирующих или неподдающихся медикаментозному лечению;

- нарушения проводимости, у которых исключены обратимые причины (гиперкалиемия на фоне ОПН и медикаментозная).

Организуется неотложная/экстренная заявка на телемедицинскую консультацию врача-аритмолога отделения хирургического лечения сложных

нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции (далее – отделение ХЛСНРСиЭКС) ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» для решения вопроса о показаниях к оперативному лечению, сроках его проведения и определения дальнейшей тактики ведения. В неотложной форме – срок ответа в течение 24 часов, в экстренной форме срок ответа в течение 2х часов.

При отсутствии состояний, указанных выше организуется телемедицинская заявка в плановом порядке к врачу кардиологу-аритмологу консультативного диагностического центра ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» (далее – КДЦ).

При наличии экстренных показаний к оперативному лечению (имплантация постоянного ЭКС, РЧА) организуется связь с дежурным сердечно-сосудистым хирургом ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» через территориальный центр медицины катастроф (далее ТЦМК) по телефонам: 560-185, 560-186.

В случае необходимости организуется консультация/консилиум посредством телемедицины с центральными федеральными клиниками.

Определение последующего этапа лечения (реабилитация, диспансерное наблюдение, санаторно-курортное лечение) определяется по шкале реабилитационной мобильности, а также в соответствии с пп.3,4 общей части Регионального порядка.

4. Диспансерное наблюдение

Диспансерное наблюдение пациентов с НРСиП проводится в соответствии с Приказом Минздрава Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

Все пациенты, перенесшие оперативные вмешательства по поводу нарушений ритма и проводимости дополнительно к диспансерному наблюдению должны наблюдаться у врача-кардиолога-аритмолога КДЦ.

Первый осмотр через 3 месяца после оперативного лечения, далее по решению врача-кардиолога-аритмолога. Учет пациентов, перенесших оперативные вмешательства при НРСиП ведется врачом-аритмологом КДЦ.

Схема организации оказания медицинской помощи

Наличие неотложного состояния, связанного с нарушением сердечного ритма или проводимости.

(МАС синдром или его эквиваленты - потеря сознания, предобморочное состояние, головокружение, АД 90/60 мм.рт.ст. и ниже, наличие ангинозных болей, тахипноэ, связь этих симптомов по времени с нарушением ритма сердца).

1. Вызов СМП.

2. Госпитализация в кардиологическое отделение медицинской организации по территориальному признаку, при его отсутствии в терапевтическое отделение ближайшего стационара, оказывающего специализированную медицинскую помощь по профилю "Терапия" или "Кардиология" при условии наличия БИТР или ОАР и консультации кардиолога (очной или ТМК по зоне ответственности с решением вопроса о переводе).

1. Регистрация ЭКГ
2. Лабораторные данные: КАК, Креатинин, Билирубин, Калий, ТТГ, Сахар.
3. При отсутствии верификации НСР назначение ХолтерЭКГ
4. ЭХОКГ
5. Исключение обратимых причин нарушения ритма
6. Назначение базисной терапии согласно клиническим рекомендациям, включая ЭИТ при наличии показаний и назначение антикоагулянтов в соответствии со шкалами CHA2DS2VASc и HAS-BLED при ФП/ТП

- ЖТ и пароксизмальные НСР рецидивирующие или не поддающиеся медикаментозному лечению более 48 часов
- Нарушения проводимости, у которых исключены обратимые причины (гиперкалиемия на фоне ОПП и медикаментозная брадикардия)

Телемедицинская консультация аритмолога МОКБ.

Срок рассмотрения заявки в неотложной форме 24 часа, в экстренной форме 3 часа.

Очная или телемедицинская консультация кардиолога-аритмолога КДЦ.

Срок рассмотрения плановой заявки не позднее 3 дней.

Кардиолог или терапевт по м/ж

Перечень необходимого обследования

1. Регистрация ЭКГ.
2. Лабораторные данные: КАК, Креатинин, Билирубин, Калий, ТТГ, Сахар.
3. При отсутствии верификации НСР назначение ХолтерЭКГ
4. ЭХОКГ.
5. Исключение обратимых причин нарушения ритма.
6. Назначение базисной терапии согласно клиническим рекомендациям, включая ЭИТ при наличии показаний и назначение антикоагулянтов в соответствии со шкалами CHA2DS2VASc и HAS-BLED при ФП/ТП.
7. Консультация кардиолога, если ранее наблюдался терапевтом.

Выполнение рекомендаций консультанта.

* Консультация врача кардиолога/аритмолога выполняется с целью:

1. Определения показаний к госпитализации (экстренной, плановой) в стационар МОКБ
2. Определения показаний к проведению дополнительных методов обследования: коронарография, чреспищеводное электрофизиологическое исследование, эндокардиальное электрофизиологическое исследование, электроимпульсная терапия и др.
3. Определения показаний к хирургическим методам лечения (имплантация ЭКС, ИКД, радиочастотная абляция)
4. Рекомендации по коррекции медикаментозной терапии, контрольных методов исследования.

Диспансерное наблюдение пациентов с нарушениями сердечного ритма в соответствии с Приказом МЗРФ № 168н от 15.03.2022 г.

! Все пациенты с диагностированным сложным нарушением ритма должны быть консультированы кардиологом/аритмологом МОКБ

! Все пациенты с диагностированным сложным нарушением ритма должны быть взяты на диспансерное наблюдение (минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций) не реже 2 раз в год)

! Всем пациентам, имеющих любую форму фибрилляции/трепетания предсердий в соответствии со шкалами CHA2DS2-VASc и HAS-BLED должны быть назначены оральные антикоагулянты.

! Все пациенты, перенесшие оперативные вмешательства на проводящей системе сердца (имплантация ЭКС, ИКД, радиочастотная абляция), дополнительно к диспансерному наблюдению по месту жительства должны наблюдаться у кардиолога-аритмолога КДЦ МОКБ (через 3 месяца после оперативного вмешательства, далее - по назначению кардиолога-аритмолога КДЦ).

УТВЕРЖДЕН
приказом
Министерства здравоохранения
Мурманской области
от 23.10.2025 № 581

Регламент маршрутизации и организации оказания медицинской помощи пациентам с острой ишемией конечностей в Мурманской области

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

ОИК или острая артериальная недостаточность конечностей (далее – ОАНК) - внезапное прекращение или снижение артериальной перфузии конечности с потенциальной угрозой ее выживанию, что требует неотложной диагностики и лечения. Острая ишемия конечностей рассматривается, когда продолжительность симптомов составляет менее двух недель.

1 Перечень медицинских организаций, участвующих в маршрутизации пациентов при острой ишемии конечности и их зоны ответственности

<i>Медицинская организация (филиалы мед. организаций)</i>	<i>Зона ответственности</i>	<i>Расположение</i>	<i>Численность населения</i>	<i>Среднее время эвакуации</i>
ГБУЗ «Мурманская областная клиническая больница имени П.А. Баяндина»	Вся территория г. Мурманска и Мурманской области для хирургического/эндоваскулярного лечения (реваскуляризация)	г. Мурманск, ул. Павлова д.6; 2 2 рентгенооперационные; 2 рентгенангиографические установки Компьютерный томограф Отделение сосудистой хирургии	651363	Менее 60 мин-более 120 мин
ГБУЗ «Мурманский областной клинический многопрофильный центр»	Территория г. Мурманска после обследования в ГБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина»	г. Мурманск, ул. Володарского, д. 18. 1 рентгенооперационная; 1 рентгенангиографическая установка Компьютерный	264339	Менее 60-120 мин

	при отсутствии показаний или наличия противопоказаний к реваскуляризации	томограф Аппарат УЗИ Хирургическое отделение		
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Мончегорская центральная районная больница	Территории: Муниципальный округ город Мончегорск с подведомственной территорией Мурманской области; Ковдорский муниципальный округ Мурманской области Ловозерский муниципальный район Мурманской области	г. Мончегорск, ул. Кирова 6 Компьютерный томограф; Аппарат УЗИ Хирургическое отделение	66057	Менее 60 мин-120 мин
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Оленегорская центральная районная больница	Территории: Муниципальный округ город Оленегорск с подведомственной территорией Мурманской области	Оленегорск г, Строительная ул, д. 20 Компьютерный томограф Аппарат УЗИ Хирургическое отделение	27818	Менее 60 мин – 120 мин
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» -Апатитско-Кировская центральная районная больница	Муниципальный округ город Кировск с подведомственной территорией Мурманской области; Муниципальный округ город Апатиты с подведомственной территорией Мурманской области	г. Кировск, пр. Ленина, д.28 1 рентгенооперационная; 1 рентгенангиографическая установка Компьютерный томограф Хирургическое отделение	74182	Менее 60 мин – 120 мин
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А.	Кандалакшский муниципальный район Мурманской области	г. Кандалакша, ул. Чкалова 61 Компьютерный томограф	43566	Менее 60 мин – 120 мин

Баяндина» - Кандалакшская центральная районная больница	Терский муниципальный округ Мурманской области	Аппарат УЗИ Хирургическое отделение		
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Кольская центральная районная больница	Кольский муниципальный округ после обследования в ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» при отсутствии показаний или наличия противопоказаний к реваскуляризации	г. Кола, пер. Островского, д.11 Компьютерный томограф Аппарат УЗИ Хирургическое отделение	32849	Менее 60 мин- 120 мин
Филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - ЦРБ ЗАТО г. Североморск	Территория ЗАТО г. Североморск после обследования в ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» при отсутствии показаний или наличия противопоказаний к реваскуляризации	ЗАТО г. Североморск, ул. ул. Комсомольская, д. 27 Хирургическое отделение	52247	Менее 60 мин – 120 мин

2. Алгоритм оказания медицинской помощи при ОИК на догоспитальном этапе

1. Сбор жалоб и физикальное обследование с оценкой местного статуса конечности (боль, отсутствие пульса на пораженной конечности, бледность кожных покровов пораженной конечности, похолодание конечности, парестезии, расстройство поверхностной и глубокой чувствительности, нарушение двигательной активности конечности (паралич), болезненность при пальпации, субфасциальный отек голени.

2. Лечебные мероприятия на догоспитальном этапе:

Первая медицинская помощь при ОИК на догоспитальном этапе включает надлежащее обезболивание и внутривенное введение нефракционированного гепарина натрия (НФГ): сначала 5 000 МЕ или 70 – 100 МЕ/кг с последующей инфузией. Все пациенты подлежат госпитализации на носилках в стационар, оказывающий специализированную помощь по профилю «хирургия».

2. При подозрении на ОИК на догоспитальном этапе транспортировка пациентов осуществляется:

- с территорий Кольского муниципального округа, ЗАТО г. Североморска, г. Мурманска в ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина»;

- с других территорий Мурманской области в соответствии с зоной ответственности;

3. В медицинских организациях выполняется следующий спектр обследований:

- УЗИ артерий конечностей и/или МСКТ сосудов;

Клиническая оценка степени ишемии конечностей

Острая ишемия	Степень ишемии	Клинические признаки	УЗДГ лодыжки	
			Артерия	Вена
Не угрожающая	1	Онемение, парестезии, боль	Кровоток определяется	Кровоток определяется
Угрожающая	2А	Парез	Кровоток определяется	Кровоток определяется
	2Б	Паралич	Кровоток не определяется	Кровоток определяется
	2В	Субфасциальный отек	Кровоток не определяется	Кровоток определяется
Необратимая	3А	Дистальная контрактура	Кровоток не определяется	Кровоток не определяется
	3Б	Тотальная контрактура	Кровоток не определяется	Кровоток не определяется

- комплекс лабораторных исследований: общий и биохимический анализ крови (с оценкой уровня лактата, креатинина, глюкозы), коагулограмма (АЧТВ, ПТИ, фибриноген, Д-димер), газовый состав крови.

4. После установления диагноза ОИК незамедлительно в приемном отделении медицинских организаций, имеющие в своей структуре специализированные отделения, оказывающие специализированную медицинскую помощь взрослому населению по профилю «хирургия», вводится гепарин 5 000 МЕ или 70 – 100 МЕ/кг с последующей инфузией; доза подбирается в зависимости от реакции пациента и мониторируется путем исследования активированного времени свертывания или активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) с достижением целевого диапазона в 1,5-2,0 раза, превышающего верхнюю границу нормы.

5. При постановке диагноза ОАС пациенту, находящемуся на стационарном лечении в медицинской организации организуется связь с дежурным сердечно-сосудистым хирургом через территориальный центр медицины катастроф (далее ТЦМК) по телефонам: 560-185, 560-186.

Или направление экстренной заявки на проведение консультации с применением телемедицинских технологий (далее – телемедицинская консультация) с врачом/дежурным врачом сердечно-сосудистым хирургом ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина».

6. При наличии показаний к хирургическому лечению дежурный сердечно-сосудистый хирург определяет показания к переводу пациента в ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» или направляет хирургическую бригаду в

медицинскую организацию нахождения пациента для проведения хирургического вмешательства.

7. При отсутствии показаний или наличия противопоказаний к хирургическому лечению ОИК лечение пациентов проводится в стационарах в соответствии с зоной ответственности.

8. Послеоперационное медикаментозное лечение и наблюдение

Высокий риск ранней и отдаленной потери конечности, а также значительная смертность после хирургического лечения пациентов с острой ишемией (ОИ) является показанием для послеоперационного лечения и динамического наблюдения, которые должны включать в себя как комплексную оценку состояния сердечно-сосудистой системы пациента, так и функциональное состояние конечности

- для пациентов после реваскуляризации по поводу острой ишемии конечностей эмболического происхождения рекомендовано, уточнить источник эмболии

- для пациентов, перенесших реваскуляризацию по поводу острой ишемии конечностей эмболического происхождения без мерцательной аритмии или внутрисердечного тромба, рекомендовано рассмотреть длительную терапию оральными антитромботическими средствами

- после реваскуляризации, выполненной по поводу тромбоза артерий, рекомендуется назначать антитромбоцитарную терапию и ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы для уменьшения сердечных осложнений и предотвращения прогрессирования атеросклеротического заболевания.

После выполненного хирургического лечения определяется следующий этап лечения по шкале реабилитационной мобильности.

9. Динамическое наблюдение

- пациентам, перенесшим открытое или эндоваскулярное вмешательство по поводу тромбированной аневризмы подколенной артерии, проводится дуплексное УЗИ как на стороне вмешательства, так и на контрлатеральной конечности, а также аорты, подвздошной и бедренной артерий каждые три года.

- после хирургической или эндоваскулярной реваскуляризации по поводу ОИ, проводится регулярное наблюдение, включая клиническую оценку и оценку функционального состояния конечности, проведение лодыжечно-плечевой индекс ЛПИ и УЗИ зон реконструкции в период три, шесть, двенадцать месяцев, а также через один год после операции.

Консультация/осмотр сердечно-сосудистого хирурга осуществляется в Мурманском диагностическом центре (далее МДЦ) в сроки:

- через 3 месяца после хирургического лечения;
- через 6 месяцев после хирургического лечения;
- далее не реже 1 раза в год или при необходимости чаще по заключению сердечно-сосудистого хирурга.

После первого контрольного посещения сердечно-сосудистого хирурга принимается решение о возможности дальнейшего консультирования посредством телемедицины.

- у больных после ампутаций нижних конечностей, с целью профилактики послеоперационных осложнений и контрактур, подготовки к протезированию и обучению пользованию протезом рекомендуется ЛФК.

Для решения вопроса о протезировании пациент направляется на Медико-социальную экспертизу.

УТВЕРЖДЕН
приказом
Министерства здравоохранения
Мурманской области
от 23.10.2025 № 581

Регламент маршрутизации и организации оказания медицинской помощи пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных (интракраниальных) отделов брахиоцефальных артерий

Настоящий Регламент регулирует вопросы организации оказания медицинской помощи пациентам со стенотическим поражением экстра/интракраниальных отделов брахиоцефальных артерий в государственных учреждениях здравоохранения Мурманской области.

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

ГБОУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина»
ГОАУЗ «Мурманский областной медицинский центр»
ГБОУЗ «Мурманский областной клинический многопрофильный центр»
ГОАУЗ «Мурманский областной центр специализированных видов медицинской помощи»
Филиал ГБОУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Кандалакшская центральная районная больница
Филиал ГБОУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Мончегорская центральная районная больница
Филиал ГБОУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Апатитско-Кировская центральная городская больница
Филиал ГБОУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Кольская центральная районная больница
Филиал ГБОУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Ловозерская центральная районная больница
Филиал ГБОУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Центральная районная больница ЗАТО г. Североморск
Филиал ГБОУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Оленегорская центральная городская больница
Филиал ГБОУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» - Печенгская центральная районная больница
ФГБУЗ «Мурманский многопрофильный центр имени Н.И. Пирогова федерального медико- биологического агентства»
«Центральная медико-санитарная часть № 120 федерального медико-биологического агентства» «Медико-санитарная часть № 118 федерального медико-биологического агентства»
«Центральная медико-санитарная часть № 120 федерального медико-биологического

агенства» «Центральная медико-санитарная часть № 120 федерального медико-биологического агентства»
Федеральное государственное бюджетное учреждение науки федеральный исследовательский центр «Кольский научный центр Российской академии наук»
Федеральное казенное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть министерства внутренних дел Российской Федерации по Мурманской области»
Частное учреждение здравоохранения «Поликлиника «РЖД-медицина» города Мурманск»
Частное учреждение здравоохранения «Поликлиника «РЖД-медицина» города Кандалакша»

Специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий оказывается в ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина».

2. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам со стенотическим поражением экстра\интракраниальных отделов брахиоцефальных артерий на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи

Скрининговое ультразвуковое обследование брахиоцефальных артерий (далее УЗИ БЦА) с целью выявления окклюзионно-стенотического поражения брахиоцефальных артерий осуществляется в медицинских организациях Мурманской области, указанных в пункте 1 настоящего Регламента.

Направление пациентов на УЗИ БЦА с целью выявления окклюзионно-стенотического поражения брахиоцефальных артерий осуществляется врачами-специалистами амбулаторно-поликлинического или стационарного этапа при наличии медицинских показаний.

2.1. Показаниями для проведения скринингового УЗИ БЦА в обязательном порядке являются:

- наличие в анамнезе острых ишемических церебральных событий - транзиторная ишемическая атака и/или ишемический инсульт в бассейне внутренней сонной артерии и/или в вертебробазилярном бассейне без предыдущего обследования;

- лица в возрасте старше 50 лет, без наличия в анамнезе острых ишемических церебральных событий, но имеющих факторы риска наличия атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий:

- а) облитерирующее атеросклеротическое поражение артерий нижних конечностей;

- б) ишемическая болезнь сердца;

- в) аневризматическое расширение грудного или брюшного отдела аорты;

- г) аускультативно выслушиваемого шума над сонными артериями;

- д) артериальная гипертония;

- е) Дислипидемия, курение, семейный анамнез ОНМК, в том числе до 60 лет, сахарный диабет;

- ж) выявленные «немые церебральные очаги.

– в рамках второго этапа диспансеризации при наличии комбинации трех факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний у мужчин в возрасте от 45 лет включительно и женщин в возрасте от 54 лет включительно: повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела или ожирение.

Для асимптомных пациентов проводится селективный скрининг с контролем исследований 1 раз в 3 года с двумя сосудистыми факторами риска из перечисленных:

- а) лицам старше 50 лет;
- б) артериальная гипертензия;
- в) гиперлипидемия;
- г) Ишемическая болезнь сердца;
- д) сахарный диабет;
- е) курение;
- ж) семейный анамнез среди ближайших родственников со случаями проявления атеросклероза в возрасте до 60 лет, или случаи ишемического инсульта в семейном анамнезе).

2.2. После выполнения скринингового УЗИ БА определяются показания для проведения мультиспиральной компьютерно-томографической ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий (далее МСКТ-ангиография БЦА).

Показаниями для проведения МСКТ-ангиография БЦА являются:

- стеноз внутренней сонной артерии $\geq 50\%$ (по европейской методике измерения, NASCET) по данным УЗИ БЦА при наличии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт в бассейне внутренней сонной артерии);
- стеноз внутренней сонной артерии $\geq 70\%$ (по европейской методике измерения, NASCET) по данным УЗИ БЦА при отсутствии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторной ишемической атаки или ишемического инсульта в бассейне внутренней сонной артерии);
- стеноз VI сегмента позвоночной артерии $\geq 50\%$ (по европейской методике измерения, NASCET) по данным УЗИ БЦА при наличии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт в вертебробазилярном бассейне);
- выявленная окклюзия просвета брахиоцефальной артерии по данным УЗИ БЦА;
- наличие пролонгированной бляшки ($> 3,0$ см) в артерии, отсутствие возможности визуализации конца бляшки по данным УЗИ БЦА;
- наличие в анамнезе данных о перенесенном внутричерепном кровоизлиянии, в том числе субарахноидальном кровоизлиянии, геморрагическом инсульте, внутрижелудочковом кровоизлиянии.

Проведение МСКТ-ангиографии БЦА осуществляется во всех стационарах, за исключением ГОБУЗ «Печенгская ЦРБ» и ГОБУЗ «ЗАО г. Североморск», проведение амбулаторно - в консультативно-диагностическом

центре ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина».

2.3 После выполнения скринингового УЗИ БЦА и МСКТ-ангиографии БЦА определяются показания к консультации сердечно-сосудистого хирурга ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» (очной или посредством телемедицины).

Показания для направления пациента на консультацию к врачу-сердечно-сосудистому хирургу:

- стеноз внутренней сонной артерии $\geq 50\%$ (по европейской методике измерения, NASCET) по данным УЗИ БЦА и МСКТ-ангиографии БЦА, при наличии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт в бассейне внутренней сонной артерии);

- стеноз внутренней сонной артерии $\geq 70\%$ (по европейской методике измерения, NASCET) по данным по данным УЗИ БЦА и МСКТ-ангиографии БЦА, при отсутствии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторной ишемической атаки или ишемического инсульта в бассейне внутренней сонной артерии). Оклюзия внутренней сонной артерии при наличии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт в бассейне внутренней сонной артерии) требует консультации врача-нейрохирурга и/или врача сердечно-сосудистого хирурга. Наличие сочетанного стеноза внутренней сонной артерии $\geq 50\%$ на контралатеральной стороне требует консультации врача сердечно-сосудистого хирурга или врача-нейрохирурга;

- стенозы VI сегмента позвоночных артерий $\geq 50\%$ при наличии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт в вертебробазилярном бассейне);

- патологическая извитость экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий (перепад линейной скорости кровотока > 2 раз на уровне извитости) с наличием в анамнезе острых ишемических церебральных событий на стороне извитости.

2.4. По результатам консультации пациента врачом сердечно-сосудистым хирургом определяется тактика лечения (оперативное или консервативное лечение). Оперативное лечение выполняется на базе ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» или федеральных клиниках.

При отсутствии медицинских показаний к оперативному лечению пациенты возвращаются под наблюдение врачей-специалистов амбулаторно-поликлинического этапа и ведутся с учетом рекомендаций сосудистого хирурга, а также в соответствии с Приказом Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

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

Проведение скринингового УЗИ БЦА с целью выявления окклюзионно-стенотического поражения брахиоцефальных артерий, если оно не было выполнено ранее, в соответствии с показаниями к УЗИ БЦА (пункт 2.1).

По результатам выполнения УЗИ БЦА определить показания к выполнению МСКТ –ангиографии БЦА в соответствии с п.2.2.

По результатам скринингового УЗИ БЦА и МСКТ-ангиографии БЦА определить показания к консультации врача-сердечно-сосудистого хирурга ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» посредством очной или телемедицинской консультации. С целью определения дальнейшей тактики лечения.

При наличии показаний к оперативному лечению врач сердечно-сосудистый хирург определяет срок оперативного лечения или необходимость перевода пациента для оперативного лечения (в экстренных и неотложных случаях).

Оперативное лечение выполняется в ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» или при желании пациента или при наличии сложных поражений БЦА на базах федеральных клиник.

3.1. Показания для проведения хирургического лечения:

- симптомные стенозы ВСА от 50% с учетом морфологической нестабильности атеросклеротической бляшки (изъязвление, кровоизлияние в бляшку, флотация интимы, пристеночный тромб) с учетом неврологической симптоматики – перенесенная ТИА или инсульт в течение последних 6 месяцев;

- бессимптомные стенозы от 70 до 99% по NASCET при наличии визуализационных либо клинических факторов риска.

К клиническим факторам риска относится:

а) Контралатеральная ТИА/инсульт

б) УЗИ:

- преимущественно гипоехогенная бляшка;
- прилежащая к просвету гипоехогенная зона;
- наличие подвижных элементов;
- изъязвление бляшки;
- нарушение ЦВР;
- спонтанная эмболизация при ТКДГ-мониторинге;
- неоваскуляризация бляшки.

в) КТ:

- мягкая бляшка (низкой плотности <60 HU);
- изъязвление бляшки;

- «Немой» ипсилатеральный инфаркт головного мозга;
- патологическая извитость экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий (перепад линейной скорости кровотока > 2 раз на уровне извитости) с наличием в анамнезе острых ишемических церебральных событий на стороне извитости.

Пациентам с острыми ишемическими церебральными событиями (транзиторной ишемической атакой или ишемическим инсультом в бассейне внутренней сонной артерии), находящимся на стационарном лечении в ПСО или РСЦ, при наличии показаний для консультации сердечно-сосудистого хирурга организуется неотложная консультация врача сердечно-сосудистого хирурга ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина» посредством телемедицинских технологий.

Пациентам с сочетанием всех следующих критериев: острый период ишемического инсульта или транзиторной ишемической атаки, оценка по модифицированной шкале Рэнкина 0-2 баллов, наличие ипсилатерального атеросклеротического стеноза экстракраниальных отделов внутренней сонной артерии $\geq 50\%$, оцененного с помощью компьютерно-томографической ангиографии, выполняется телемедицинская консультация заведующего (лица исполняющего его обязанности) неврологическим отделением для больных с ОНМК Регионального сосудистого центра с целью определения дальнейшей тактики ведения.

Показания для хирургического лечения определяет врач-сердечно-сосудистый хирург ГОБУЗ МОКБ им. П.А. Баяндина в оптимальные сроки (до 14 дней от острого ишемического церебрального события).

УТВЕРЖДЕН
приказом
Министерства здравоохранения
Мурманской области
от 23.10.2025 № 581

Регламент организации телемедицинских консультаций пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Настоящий регламент регулирует вопросы проведения телемедицинских консультаций (далее – ТМК) пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями (далее – ССЗ). Регламент ТМК формируется на основании и в соответствии с Приказом Минздрава Российской Федерации от 11.04.2025 № 193н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, а также приказом ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» от 09.02.2024 № 111 «Об организации работы центра телемедицины в ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина».

Медицинская помощь с применением телемедицинских технологий организуется и оказывается в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, а также в соответствии с порядками оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций.

Регламент применяется при дистанционном взаимодействии:

- медицинских работников между собой;
- медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями;
- медицинских работников с федеральными государственными бюджетными учреждениями (далее – ФГБУ) и национальными медицинскими центрами (далее – НМИЦ) с использованием федеральной телемедицинской системой (далее - ФТМС);
- мониторинга состояния пациентов.

При дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой используется портал «ТМК», а также медицинская информационная система (далее – МИС), эксплуатируемые медицинской организацией и обеспечивающие информационное взаимодействие с Сервисом «ТМК» (сервис «Телемедицинские консультации» регионального сегмента Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения Мурманской области).

Для организации телемедицинской консультации (далее – ТМК) с ФГБУ и НМИЦ, взаимодействие лечащих врачей и консультантов производится через защищённую телекоммуникационную сеть Минздрава России и ФТМС.

С использованием Сервиса «ТМК» возможно проведение телемедицинских консультаций (консилиумов/онкоконсилиумов) медицинских работников медицинских организаций (далее – МО) между собой с целью:

- оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения;
- целесообразности перевода пациента в специализированное отделение медицинской организации либо медицинской эвакуации;
- направления пациента в консультирующую медицинскую организацию для получения медицинской помощи;
- дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента и оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, с использованием чек-листов, анализа дневников пациента и результатов показателей с носимых устройств;
- мониторинга пациентов с угрожающими жизни состояниями в подведомственных Министерству здравоохранения Мурманской области медицинских организациях.

Виды телемедицинских заявок

(далее – заявка)

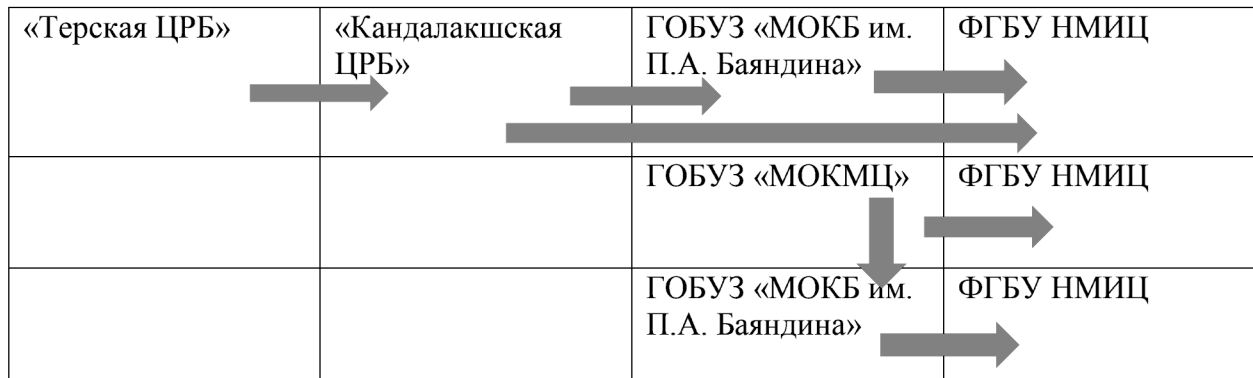
1. Плановая заявка (при проведении консультации с целью назначения профилактических мероприятий по месту прикрепления пациента, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни больного, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определённое время не повлечет за собой ухудшение состояния больного, угрозу его жизни и здоровью). Выполняется не позднее 3-х рабочих дней с момента поступления.

2. Неотложная заявка (при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни больного), осуществляется в сроки до 24 часов с момента поступления.

3. Экстренная заявка (при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни больного) осуществляется в сроки до 2 часов с момента поступления.

Перечень медицинских организаций (филиалов), осуществляющих консультации с применением телемедицинских технологий и их зоны ответственности в экстренной/неотложной форме

МО 1 уровня	МО 2 уровня	МО 3 уровня	Федеральный уровень
«Ловозерская ЦРБ»; «Ковдорская ЦРБ»; «Оленегорская ЦРБ»	«Мончегорская ЦРБ»	ГБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина»	ФГБУ НМИЦ
Стационар г.Апатиты	«Апатитско-Кировская ЦРБ»	ГБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина»	ФГБУ НМИЦ



Экстренные/неотложные заявки выполняются дежурными врачами стационара по профилю или заведующими профильных отделений.

Экстренные заявки по профилю «анестезиология-реанимация» с заполнением чек-листов из медицинских организаций направляются в ГБОУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» - дистанционный консультативный центр анестезиологии-реаниматологии (ДКЦАР).

Экстренные заявки на консультирование/перевод пациентов с ОКС из медицинских организаций направляются в ГБОУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» с заполнением чек-листов.

Заявки на консультации с применением телемедицинских технологий из медицинских организаций 2 уровня напрямую в ФГБУ НМИЦ направляются в случаях усугубления хронической сердечной недостаточности до 2 стадии при условии наличия результатов дополнительных исследований и инвазивных исследований в стационарах 3 уровня.

Плановые заявки на консультацию с применением телемедицинских технологий к врачам кардиологам, кардиологам-аритмологам ГБОУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» от амбулаторно-поликлинического звена всех медицинских организаций осуществляются врачами-кардиологами консультативного отделения КДЦ.

Плановые заявки на консультацию с применением телемедицинских технологий к врачам кардиохирургам, врачам сердечно-сосудистым хирургам осуществляются врачами специалистами стационара ГБОУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина».

Показания и необходимость направления на консультации с применением телемедицинских технологий при сердечно-сосудистых заболеваниях описаны в каждом регламенте.

Алгоритм действий врачей при направлении на ТМК и ответе на ТМК

Необходимость проведения консультации определяет лечащий врач направляющей медицинской организации в соответствии с клиническими рекомендациями, регламентами маршрутизации и оказания медицинской помощи.

Лечащий врач перед проведением телемедицинской консультации обязан:

- дать пациенту четкие пояснения о необходимости или желательности, а также возможностях и ограничениях телемедицинской консультации;
- получить письменное согласие пациента на отправку персональных данных по телекоммуникационным каналам информации о состоянии его здоровья;
- предварительно обеспечить проведение обследования пациента по возможностям медицинского учреждения, по имеющемуся у пациента заболеванию или состоянию, по которому требуется консультация;
- сформировать направление на консультацию (чек-лист, федеральную заявку) согласно требованиям, к порядку оформления направлений на портале «ТМК».

Врач-консультант:

- оформляет медицинское заключение на портале «ТМК», с указанием диагноза на основании общепринятых методов, принципов и классификаций, рекомендует необходимое обследование и лечение с обязательным указанием лекарственного средства (далее — ЛС) по международному непатентованному наименованию (далее — МНН), режима дозировки;
 - в случае предоставления в заявке данных обследования в неполном объеме, консультант указывает план необходимого обследования с учётом материально-технической возможности направляющей организации и рекомендует повторную ТМК;
 - в случае осуществления консультации, с целью решения вопроса о переводе в медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи, в медицинском заключении, врач-консультант указывает диагноз и принимает решение о госпитализации в медицинскую организацию согласно действующей маршрутизации, определенной в регионе, о чем информирует заведующего отделением;
 - в случае отказа в переводе, в медицинском заключении врач-консультант указывает диагноз и обосновывает отказ, согласно действующим нормативно-правовым актам, рекомендует необходимое обследование и лечение с обязательным указанием ЛС по МНН, режима дозировки, рекомендует повторную ТМК (при необходимости);
 - несет персональную ответственность за соблюдение сроков ответов на телемедицинские консультации, качество их проведения, рекомендации, в том числе относительно «отказов» в госпитализации (перевode).
-