



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

от 21.04.2023 № 411-Д
Великий Новгород

Об организации медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом, другими острыми и неотложными сердечно-сосудистыми состояниями и острым нарушением мозгового кровообращения на территории Новгородской области

В соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», от 15 ноября 2012 года № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения», от 31 июля 2020 № 788н «О порядке организации медицинской реабилитации взрослых» в целях реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения на территории Новгородской области,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Перечень медицинских организаций области, на базе которых организованы региональный сосудистый центр и первичные сосудистые отделения для лечения пациентов с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения (приложение № 1 к настоящему приказу);

1.2. Регламент маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения на территории Новгородской области (приложение № 2 к настоящему приказу);

1.3. Алгоритм маршрутизации и медицинской эвакуации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в медицинские организации Новгородской области (приложение № 3 к настоящему приказу);

1.4. Карта-схема маршрутизации и медицинской эвакуации пациентов с ОНМК в медицинские организации (приложение № 4 к настоящему приказу);

1.5. Регламент взаимодействия медицинских организаций, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ОНМК (приложение № 5 к настоящему приказу);

1.6. Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия пациентов с ОНМК (приложение № 6 к настоящему приказу);

1.7. Форму опросника для диспетчеров службы СМП для использования во время телефонного контакта с целью своевременного распознавания инсульта «Лицо-рука-речь-тест» (FAST) (приложение № 7 к настоящему приказу);

1.8. Шкалу догоспитальной оценки тяжести инсульта(LAMS), для выездных бригад скорой медицинской помощи, чек лист, заполняемый при оказании медицинской помощи пациенту с острым нарушением мозгового кровообращения (приложение № 8 к настоящему приказу);

1.9. «Чек-лист» для выездных бригад скорой медицинской помощи, заполняемый при оказании медицинской помощи пациенту с острым нарушением мозгового кровообращения (приложение № 9 к настоящему приказу);

1.10. Протокол принятия решения о проведении тромболитической терапии пациентам с ОНМК (приложение № 10 к настоящему приказу);

1.11. Порядок оказания специализированной медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом и другими острыми и неотложными сердечно-сосудистыми состояниями (нарушения ритма и проводимости, тромбоэмболия легочной артерии, острая сердечная недостаточность) на территории Новгородской области (приложение № 11 к настоящему приказу);

1.12. Схему медицинской эвакуации пациентов с острым коронарным синдромом и другими острыми и неотложными сердечно-сосудистыми состояниями (нарушения ритма и проводимости, тромбоэмболия легочной артерии, острая сердечная недостаточность) в медицинские организации области (приложение № 12 к настоящему приказу);

1.13. Перечень показаний к направлению пациентов с острым коронарным синдромом в ОАУЗ «Клинический центр медицинской реабилитации» (приложение № 13 к настоящему приказу);

1.14. Показания и порядок для перевода, медицинской эвакуации пациентов с острым коронарным синдромом в региональный сосудистый центр ГОБУЗ «Новгородская областная клиническая больница» (приложение № 14 к настоящему приказу);

1.15. Форму добровольного информированного согласия на перевод в региональный сосудистый центр ГОБУЗ «Новгородская областная клиническая больница» для оперативного лечения острого коронарного синдрома (приложение № 15 к настоящему приказу);

2. Руководителям первичных сосудистых отделений и регионального сосудистого центра в случае невозможности выполнения медицинской эвакуации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения, оказания специализированной медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом, а также в случае неисправности (выхода из строя)

медицинского оборудования, необходимого для оказания медицинской помощи, незамедлительно доводить данную информацию до департамента охраны здоровья населения и ведомственного контроля качества медицинской помощи министерства здравоохранения Новгородской области на электронный адрес: 732159@novreg.ru с целью определения порядка временной маршрутизации пациентов.

3. Для целей настоящего приказа используются следующие понятия:

Первичное сосудистое отделение – отделение для лечения ОКС/ОНМК, организованное в рамках реализации Программы совершенствования медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями. Оказывает специализированную медицинскую помощь пациентам с указанными заболеваниями, развившимися в утверждённой зоне ответственности, вне зависимости от места прописки или постоянного проживания пациента.

Региональный сосудистый центр – главное региональное подразделение ГОБУЗ «НОКБ» для лечения ОКС и ОНМК, организованное в рамках реализации Программы совершенствования медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями. Оказывает специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь пациентам ОКС и ОНМК, развившимися в утверждённой зоне ответственности вне зависимости от места прописки или постоянного проживания пациента, а также пациентам, которые подлежат переводу в РСЦ при наличии показаний.

Межрайонный Региональный сосудистый центр для больных с острым коронарным синдромом - подразделение ГОБУЗ «Боровичская ЦРБ» для лечения ОКС. Оказывает специализированную медицинскую помощь пациентам ОКС, развившимся в утверждённой зоне ответственности.

Зона ответственности - перечень муниципальных образований, муниципальных округов, утверждённых приказом министерства здравоохранения Новгородской области, пациенты из которых направляются в указанные отделения при подозрении на развитие ОКС, вне зависимости от прописки и места постоянного проживания.

Перевод в РСЦ – взаимодействие между МО/ПСО для дальнейшего лечения в РСЦ при наличии показаний и согласования перевода с заведующими профильными отделениями РСЦ и/или заведующим РСЦ.

Перевод из РСЦ – взаимодействие между МО для лечения пациента в условиях ПСО или иной МО при отсутствии показаний к лечению в РСЦ.

4. Признать утратившими силу приказы министерства здравоохранения Новгородской области:

от 24.02.2022 № 207-Д «Об организации медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения на территории Новгородской области»;

от 02.02.2021 № 68-Д «Об организации медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения на территории Новгородской области»

5. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Министр



В.Н. Яковлев

Приложение № 1
к приказу министерства здравоохранения
Новгородской области
от 21.04.2023 № 411-Д

Перечень медицинских организаций области, на базе которых организованы региональный сосудистый центр и первичные сосудистые отделения для лечения пациентов с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения

Наименование центра	Наименование медицинской организации	Зона ответственности и численность прикрепленного населения
Региональный сосудистый центр (РСЦ)	ГОБУЗ «Новгородская областная клиническая больница»	Все муниципальные образования Новгородской области (470 тыс. чел)
Межрайонный Региональный сосудистый центр (мРСЦ) для больных с острым коронарным синдромом Первичное сосудистое отделение (ПСО) для больных с ОНМК	ГОБУЗ «Боровичская центральная районная больница»	Боровичский район Мошенской район Любытинский район Окуловский район Пестовский район Хвойнинский округ (140 тыс.чел.)
Первичное сосудистое отделение (ПСО)	ГОБУЗ Старорусская центральная районная больница	Старорусский район Парфинский район Волотовский округ Поддорский район Холмский район Демянский район Маревский район (90 тыс. чел.)
Первичное сосудистое отделение (ПСО)	ГОБУЗ «Центральная городская клиническая больница Клиника №1»	Великий Новгород Новгородский район Шимский район Батецкий район Солецкий округ Чудовский район Маловишерский район Крестецкий район (320 тыс.чел.)
Первичное сосудистое отделение для лечения ОКС (ПСО)	Валдайский ММЦ ФГБУ СЗОНКЦ им. Л.Г. Соколова ФМБА России (по согласованию)	Валдайский район (20 тыс.чел.)

Регламент маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения на территории Новгородской области

1. Настоящий регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения (далее ОНМК) на территории Новгородской области. К ОНМК относятся состояния, соответствующие шифрам I60-I64, G45-G46 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра (МКБ-10).
2. Оказание медицинской помощи больным с ОНМК осуществляется в рамках последовательного процесса, начинающегося на догоспитальном этапе, который продолжается в РСЦ и ПСО медицинских организаций в стационарных условиях, далее - в амбулаторно-поликлинических учреждениях, центрах медицинской и социальной реабилитации, санаторно-курортных учреждениях.
3. Оказание медицинской помощи пациентам с подозрением на ОНМК на догоспитальном этапе осуществляется бригадами скорой медицинской помощи (далее — СМП), а также медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (далее — ПМСП) и стационарную помощь других профилей.
 - 3.1. В случае установления диагноза ОНМК в медицинских организациях, оказывающих ПМСП и стационарную помощь других профилей, вызывается бригада СМП для осуществления медицинской эвакуации ПСО или РСЦ.
 - 3.2. При установлении диагноза ОНМК персоналом бригады СМП в кратчайшие сроки, с минимизацией временных потерь, оказывается медицинская помощь в соответствии с клиническими, методическим рекомендациям и стандарту оказания медицинской помощи и выполняется медицинская эвакуация.
 - 3.3. Медицинская эвакуация бригадой СМП осуществляется в ПСО или РСЦ согласно регламенту маршрутизации пациентов с ОНМК.
 - 3.4. В случае возникновения первых симптомов ОНМК в пределах терапевтического окна (не позднее 5 часов от начала заболевания до госпитализации с учетом времени доставки) медицинская эвакуация осуществляется в РСЦ ГОБУЗ «НОКБ» (приоритетная маршрутизация).
 - 3.5. Бригада СМП оповещает старшего врача (фельдшера (м/с) по приему и передаче вызова выездной бригаде СМП), о медицинской эвакуации пациента с подозрением на ОНМК с указанием приблизительного времени прибытия, о чем они информируют дежурную службу ПСО/РСЦ по телефону.
 - 3.6. Выездным персоналом выездной бригады СМП, эвакуирующей пациента с подозрением на ОНМК, заполняется «Чек-лист», который по прибытии сдается дежурному неврологу ПСО или РСЦ.
 - 3.7. Медицинской эвакуации и госпитализации подлежат все пациенты с подозрением на ОНМК.
4. Пациенты с подозрением на ОНМК при поступлении в стационар направляются в кабинет мультиспиральной компьютерной томографии (далее — МСКТ), где осуществляется

проведение МСКТ головного мозга для уточнения характера ОНМК. При занятости кабинета МСКТ другим пациентом, транспортировка осуществляется в смотровой кабинет приемного отделения. Целевое время «от двери до МСКТ» не более 15 минут.

4.1. Пациентам с ОНМК в период «терапевтического окна» предоставляется приоритет при выполнении МСКТ.

4.2. В кабинете МСКТ на момент прибытия пациента должны присутствовать дежурный врач-невролог, лаборант, при нарушении витальных функций и глубоком угнетении сознания - врач-анестезиолог-реаниматолог блока реанимации и интенсивной терапии медицинской организации (далее — БРИТ).

4.3. Последовательность проведения экстренной нейровизуализации:

Группа	Сроки от дебюта ОНМК	Диагностика
Все пациенты с подозрением на ОНМК	Любой срок	- МСКТ головного мозга
Неврологический дефицит ≥ 6 баллов по NIHSS, либо балл по NIHSS < 6 , но неврологический дефицит является инвалидизирующим для конкретного пациента; применимо в случае выполнения ВВ ТЛТ или ВСТЭ.	0-4,5 ч.	- МСКТ/МРТ головного мозга. - МСКТ-ангиография сосудов головы и шеи (при наличии показаний к ВВ ТЛТ выполняется после в/в болюса тромболитика незамедлительно)
Нейровизуализация у пациентов с инсультом, в т.ч. повторная (после проведения ВВ ТЛТ и/или ВСТЭ, при нарастании неврологической симптоматики по NIHSS на 2 балла, либо при появлении новой неврологической симптоматики)	Более 24 часов	- МСКТ головного мозга
Пациенты с неизвестным временем начала заболевания, которое предположительно может составлять менее 4,5 часов, в том числе с «ночным инсультом».	«Инсульт пробуждения» (соответствующий критериям WAKE-UP)	- МСКТ головного мозга - МРТ головного мозга в режимах DWI и FLAIR (при условии стабильного состояния пациента)

5. Пациент в экстренном порядке осматривается дежурным врачом-неврологом, который оценивая жизненно важные функции, общее состояние больного и неврологический статус в обязательном порядке определяет показания/противопоказания для проведения тромболитической терапии в случае развития ишемического инсульта. Дежурный врач-невролог заполняет карту первичного осмотра больного.

6. Медицинская сестра устанавливает при необходимости второй периферический венозный катетер диаметром 18G, производит забор крови для определения АЧТВ, МНО, глюкозы и развернутого анализа крови, а так же измеряет артериальное давление на обеих руках. Полученные биоматериалы медицинская сестра разделяет по пробиркам и отправляет в клиничко-диагностическую лабораторию (далее КДЛ).

7. Время от поступления до интерпретации результатов МСКТ головного мозга не должно превышать 40 минут. Обязательным является оценка ранних ишемических

изменений по 10-балльной топографической РКТ-шкале ASPECTS. В заключении указывается дата и время выполнения исследования, а так же дата и время описания.

8. При подтверждении диагноза ишемический инсульт, пациенты госпитализируются в БРИТ/ПРИТ неврологического отделения для больных с ОНМК. Время от момента поступления больного в медицинскую организацию до перевода в профильное отделение составляет не более 60 минут.

9. Если пациент соответствует критериям отбора для внутривенной ВВ ТЛТ, то тромболитическая терапия начинается сразу после получения первичных результатов МСКТ в кабинете МСКТ, при невозможности, выполнение осуществляется в ПРИТ/ОРИТ. Целевое время «от двери до иглы» не более 40 минут.

10. Пациенты, у которых по данным МСКТ установлены признаки геморрагического инсульта, проводится консультация врача-нейрохирурга (по телефону, телемедицинской связи) в срок не позднее 60 минут от момента получения результатов МСКТ, после чего принимается решение о тактике лечения, возможном выезде врача-нейрохирурга в ПСО или переводе пациента в РСЦ. Транспортировка из ПСО в РСЦ осуществляется реанимационной бригадой отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи Центра медицины катастроф ГОБУЗ «Новгородская областная клиническая больница».

11. Длительность пребывания пациента с ОНМК в БРИТ определяется тяжестью состояния больного, но не может быть менее 24 часов, необходимых для определения патогенетического варианта ОНМК по критериям TOAST, тактики ведения и вторичной профилактики инсульта.

12. В случае развития транзиторной ишемической атаки пациенты находятся в БРИТ в течение 24 часов с последующим решением вопроса о дальнейшей тактике лечения. При выявлении признаков стенозов и аномалий сосудов шеи и/или головного мозга, пациенты консультируются врачом-сосудистым хирургом РСЦ для решения вопроса о хирургическом лечении для предотвращения развития повторного ОНМК.

13. Комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных вследствие ОНМК функций нервной системы, проводится мультидисциплинарной реабилитационной командой (далее - МДРК) неврологического отделения для больных с ОНМК, включающей врача физической и реабилитационной медицины, врача лечебной физкультуры, врача по физиотерапии, логопеда, инструктора по лечебной физкультуре, медицинского психолога, социального работника и, при наличии медицинских показаний, иных специалистов, начинается в течение первых 48 часов госпитализации и продолжается после выписки из неврологического отделения для больных с ОНМК в стационарных, либо амбулаторно - поликлинических учреждениях, оказывающих мероприятия по медицинской реабилитации.

14. По окончании срока стационарного лечения в неврологическом отделении для больных с ОНМК, предусмотренного стандартами медицинской помощи при состояниях, отнесенных к ОНМК, дальнейшая тактика ведения и медицинская реабилитация больного с ОНМК определяются врачебным консилиумом в составе заведующего неврологического отделения для больных с ОНМК, лечащего врача, бригады специалистов, принимающих участие в восстановлении нарушенных вследствие ОНМК функций нервной системы, с записью в медицинской карте стационарного больного.

15. Пациенты с ОНМК, после окончания срока стационарного лечения в неврологическом отделении для больных с ОНМК, при наличии показаний, направляются на дальнейшие этапы реабилитации согласно утвержденному алгоритму.

Характеристика медицинских организаций, в структуре которых организованы РСЦ и ПСО для оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК.

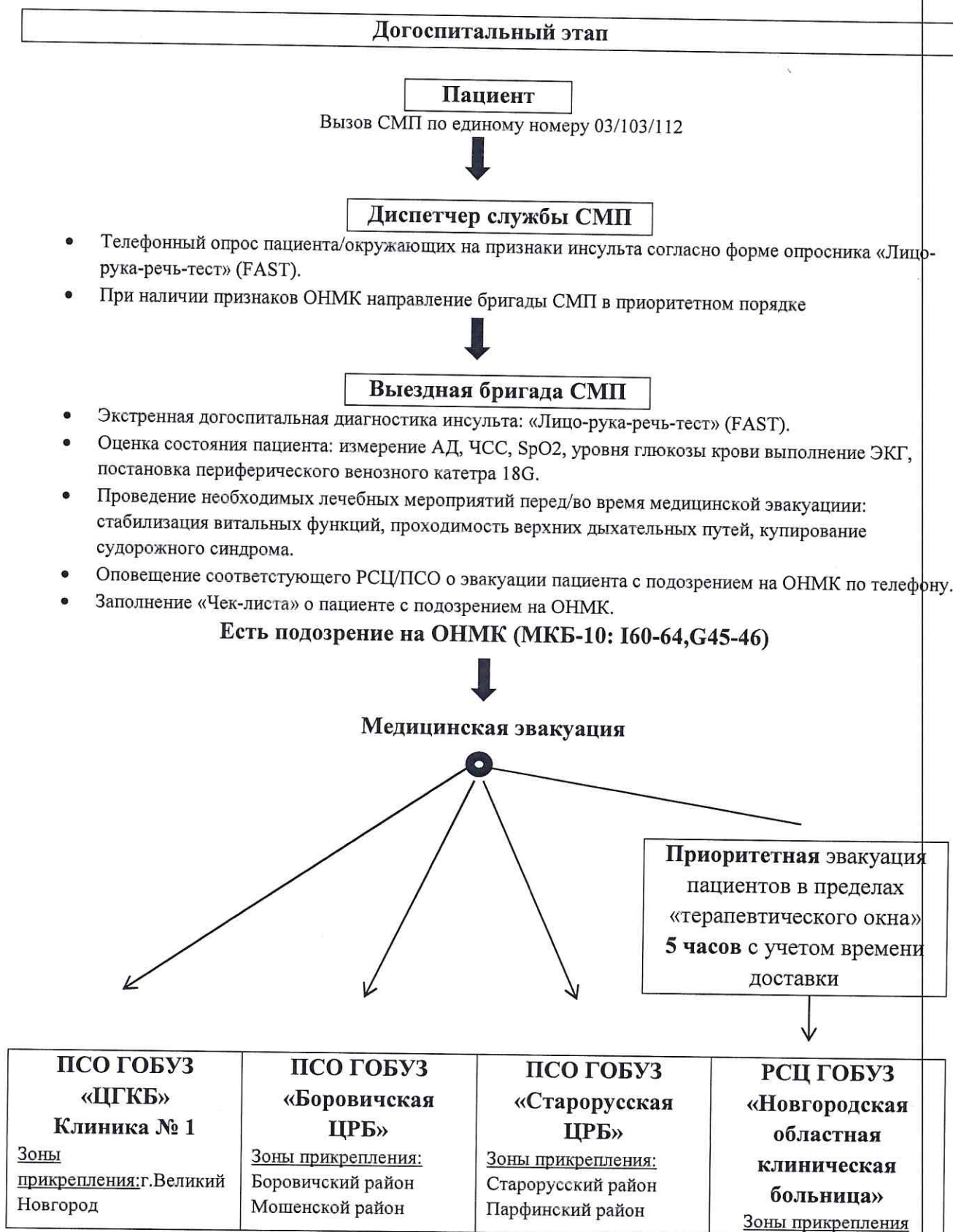
Критерии	Медицинские организации			
	ГБУЗ «Новгородская областная клиническая больница»	ГБУЗ «Центральная городская клиническая больница»	ГБУЗ «Боровичская центральная районная больница»	ГБУЗ Старорусская центральная районная больница
Уровень медицинской организации	III	II	II	II
Наименование центра	Региональный сосудистый центр (РСЦ)	Первичное сосудистое отделение (ПСО)	Первичное сосудистое отделение (ПСО)	Первичное сосудистое отделение (ПСО)
Зона ответственности	Все муниципальные образования Новгородской области	г. Великий Новгород Районы: Новгородский; Шимский; Батецкий; Солецкий; Чудовский; Маловишерский; Крестецкий; Валдайский.	Районы: Боровичский; Мошенской; Любытинский; Окуловский; Пестовский; Хвойнинский;	Районы: Старорусский; Парфинский; Волотовский; Поддорский; Холмский; Демянский; Марёвский;
Численность взрослого населения в зоне ответственности	470 тыс. чел	320 тыс.чел.	140 тыс.чел.	90 тыс. чел.
Количество неврологического отделения ОНМК	24	60	24	7
Число коек интенсивной терапии ОНМК (БРИТ, ОРИТ, ПРИТ)	6 Самостоятельное структурное подразделение	6 В структуре отделения	6 В структуре отделения	3 В структуре ОРИТ
Среднее время медицинской эвакуации пациента с ОНМК в зоне ответственности	60 минут	60 минут	60 минут	60 минут
Способ госпитализации	Через общее приемное отделение	Через общее приемное отделение	Через общее приемное отделение	Через общее приемное отделение
Количество и	2 МСКТ: 64 и	1 МСКТ, 64	1 МСКТ, 64	1 МСКТ, 128

Критерии	Медицинские организации			
	ГБУЗ «Новгородская областная клиническая больница»	ГБУЗ «Центральная городская клиническая больница»	ГБУЗ «Боровичская центральная районная больница»	ГБУЗ Старорусская центральная районная больница
характеристика компьютерных томографов/магнитно-резонансных томографов	128 срезов, в соседнем корпусе, рядом с приемным отделением. 2 МРТ, 0,2 и 1,5Т соседнем корпусе	среза, в одном корпусе у приемного отделения	среза, в одном корпусе у приемного отделения	срезов, в одном корпусе у приемного отделения
Количество рентгеноангиографических установок и их расположение.	2 В одном корпусе с ПРИТ и отделением ОНМК	Нет	1 В одном корпусе с ПРИТ и отделением ОНМК	Нет

Перечень медицинских организаций в структуре которых имеются отделения реанимации и интенсивной терапии, кабинет МСКТ или МРТ, в которых возможно оказание помощи пациентам с ОНМК до медицинской эвакуации в ПСО или РСЦ:

Валдайский ММЦ ФГБУ СЗОНКЦ им. Л.Г. Соколова ФМБА России (по согласованию)	Валдайский район (20 тыс.чел.)
---	--------------------------------

Алгоритм маршрутизации и медицинской эвакуации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в медицинские организации Новгородской области



Новгородский район Шимский район Батецкий район Солецкий округ Чудовский район Маловишерский район Крестецкий район Валдайский район	Любытинский район Окуловский район Пестовский район Хвойнинский округ	Волотовский округ Поддорский район Холмский район Демянский район Марёвский округ	Все муниципальные образования Новгородской области
---	--	---	---

Госпитальный этап

Поступление пациента с предположительным диагнозом ОНМК в приемное отделение ПСО/РСЦ

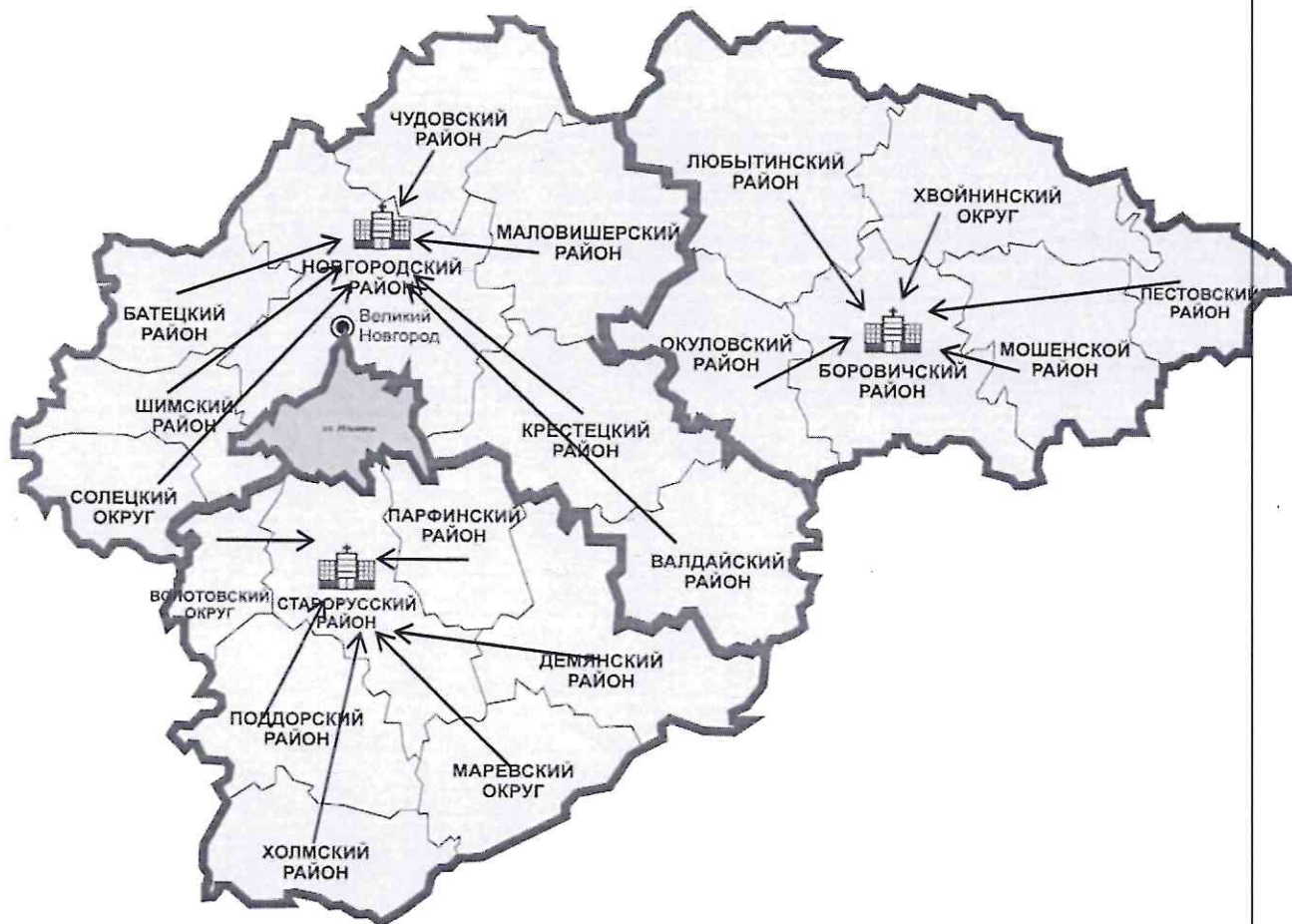
- Осмотр невролога (сбор жалоб, физикальное обследование) в течении 10 минут от момента поступления, оценка по NIHSS;
- Экстренное выполнение нейровизуализации: МСКТ/МРТ головного мозга; «Целевое время» 15 минут.
- Экстренные лабораторные исследования: АЧТВ, МНО, глюкоза крови, тромбоциты крови. «Целевое время» 20 минут.



Наличие/характер ОНМК

Нет подтверждения ОНМК	ТИА	Ишемический инсульт	Геморрагический инсульт
<p>Направление на диспансерное наблюдение по месту жительства.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Госпитализация в ПРИТ/ОРИТ; • Выполнение УЗДС БЦА; • Консультация ангиохирурга (очно/телемедицина) при наличии показаний. 	<ul style="list-style-type: none"> • Госпитализация в ПРИТ/ОРИТ; • Выполнение ВВ ТЛТ при отсутствии противопоказаний, Целевое время «от двери до иглы» не более 40 минут; • Выполнение УЗДС БЦА; 	<ul style="list-style-type: none"> • Госпитализация в ПРИТ/ОРИТ; • Консультация нейрохирурга ГОБУЗ «НОКБ» (очно/телемедицина); • При наличии показаний для экстренного оперативного вмешательства осуществление перевода в ГОБУЗ «НОКБ».

**Карта-схема маршрутизации и медицинской эвакуации
пациентов с ОНМК в медицинские организации**



- Первичное сосудистое отделение (ПСО).

Приоритетная эвакуация пациентов с ОНМК в пределах «терапевтического окна» 5 часов с учетом времени доставки в РСЦ ГОБУЗ «Новгородская областная клиническая больница».

Регламент взаимодействия медицинских организаций, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ОНМК

1. Алгоритм перевода из ПСО в РСЦ пациентов являющихся кандидатами на проведение внутрисосудистой тромбэмболэктомии или тромбэкстракции (далее ВСТЭ)

При поступлении в ПСО пациента с ишемическим инсультом, стабильном состоянии и неврологическом дефиците по шкале NIHSS ≥ 6 баллов, а также пребывание в рамках 6-часового терапевтического окна с учетом транспортных и иных потерь, пациент является потенциальным кандидатом на проведение ВСТЭ.

При отсутствии противопоказаний к проведению ВВ ТЛТ в помещении КТ без перекладывания пациента с деки стола начинается инфузия тромболитика (фибринолитика).

Далее выполняется компьютерно-томографическая ангиография сосудов головы и шеи (от дуги аорты) с целью определения окклюзионного поражения вне - и/или внутричерепной артерии.

В отделении лучевой диагностики без промедления выполняется реконструкция КТ-изображения. При наличии окклюзии крупной церебральной артерии (ОСА, ВСА, М1 и М2 сегменты СМА, ПА и ОА), дежурный невролог ПСО оповещает дежурного невролога РСЦ о наличии потенциального пациента для ВСТЭ. При отсутствии клинического улучшения на фоне проведения ВВ ТЛТ, проводится совместный осмотр врача невролога и реаниматолога ПСО с целью оценки возможности транспортировки в РСЦ для проведения ВСТЭ, результат фиксируется записью в медицинской карте стационарного больного. При стабильном состоянии, пациент незамедлительно транспортируется в РСЦ санитарным транспортом ПСО с соблюдением условий медицинской эвакуации.

При переводе в РСЦ, для обеспечения преемственности, обязательно передаётся следующая информация: сроки начала заболевания, сроки первого контакта медперсонала с пациентом, результат МСКТ головного мозга и ангиографии, время начала ВВ ТЛТ используемый тромботитик (при её проведении), объём проведённого лечения, динамики состояния пациента во время медицинской эвакуации.

2. Алгоритм проведения консультации врачом нейрохирургом ГОБУЗ «НОКБ» пациентов с геморрагическим инсультом госпитализированных в ПСО

Пациенты, госпитализированные в ПСО, у которых по данным МСКТ установлены признаки геморрагического инсульта, проводится консультация врача-нейрохирурга (по телефону, телемедицинской связи по закрытому каналу

VipNet), после чего принимается решение о тактике лечения, возможном выезде врача-нейрохирурга в ПСО или переводе пациента в РСЦ.

Транспортировка пациента из ПСО в РСЦ для проведения хирургического лечения осуществляется реанимационной бригадой отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи Центра медицины катастроф ГОБУЗ «Новгородская областная клиническая больница».

3. Алгоритм консультации врача сердечно-сосудистого хирурга ГОБУЗ «НОКБ» пациентов со стенотическим поражением брахиоцефальных артерий

При выявлении признаков симптомных стенозов и аномалий сосудов шеи и/или головного мозга, во время обследования пациентов с ОНМК в условиях ПСО, проводится консультация (очная/телемедицинская по закрытому каналу VipNet) врачом сосудистым хирургом ГОБУЗ «НОКБ» для решения вопроса о хирургическом лечении с целью предотвращения развития повторного ОНМК.

Транспортировка пациента из ПСО в РСЦ для проведения хирургического лечения осуществляется реанимационной бригадой отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи Центра медицины катастроф ГОБУЗ «Новгородская областная клиническая больница».

4. Алгоритм проведения телемедицинских консультаций с медицинскими учреждениями федерального уровня

Проведение консультаций с учреждениями федерального уровня осуществляются через платформу ВЦМК «Защита».

Пакет документов в электронном виде направляется по закрытому каналу VipNet, на адрес 053-ГОБУЗ НОКБ, Статисты. Сотрудники МТИО ГОБУЗ «НОКБ» размещают полученный пакет документов согласно запросу на платформе ВЦМК «Защита». При получении ответа из учреждений федерального уровня, заключение пересылается по закрытому каналу VipNet.

**Список контактов ответственных лиц
всех медицинских организаций и служб, задействованных в оказании
медицинской помощи пациентам с ОНМК.**

ГОБУЗ «Новгородская областная клиническая больница»- Региональный сосудистый центр.

Контактные телефоны:

Приемное отделение: 8-921-196-4540;

Дежурный невролог РСЦ: 8-921-843-7055;

Дежурный нейрохирург: 8-921-194-5538; 8-921-842-6924;

Заведующий приемным отделением: Юсупов Юсуп Магомедович 8-921-843-7072;

Руководитель РСЦ: Хотченков Михаил Вячеславович 8-981-987-7923;

Заведующий неврологическим отделением для больных с ОНМК:

Кузьмин Евгений Леонидович 8-921-843-7078;

Заведующий нейрохирургическим отделением:

Иванюк Альберт Александрович 8-960-205-5999;

Диспетчер отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи
Центра медицины катастроф: 8-921-195-6828.

**ГОБУЗ «Центральная городская клиническая больница Клиника №1» -
Первичный сосудистый центр.**

Контактные телефоны:

Приемное отделение: 8-911-610-7664; 8(8165) 23-45-52;

Заведующий приемным отделением: Витвицкий Николай Михайлович 8-902-283-
8037;

Заведующий неврологическим отделением для больных с ОНМК:

Стариков Павел Владимирович 8-911-602-6918;

**ГОБУЗ «Боровичская центральная районная больница» - Первичный
сосудистый центр.**

Приемное отделение: 8-921-841-3778; 8(8166) 44-24-06;

Ординаторская неврологического отделения: 8(8166) 44-27-16;

Заведующая неврологическим отделением:

Игнатьева Татьяна Александровна 8-921-705-5803;

Заведующий приемным отделением: Другов Сергей Владимирович 8-950-680-5222;

**ГОБУЗ «Старорусская центральная районная больница» - Первичный
сосудистый центр.**

Контактные телефоны:

Приемное отделение: 8(8165) 23-45-52;

Ординаторская неврологического отделения: 8(8165) 23-53-18;

Заместитель главного врача: Гаврилова Елена Петровна 8-911-601-5820;

Заведующая неврологическим отделением: Иванова Валентина Ивановна 8-911-620-
3073;

ОАУЗ «Клинический центр медицинской реабилитации»

Контактные телефоны:

Регистратура 8(8162) 63-13-13;

Заведующая отделением №2 (Круглосуточный стационар):

Вихрова Ирина Васильевна 8-908-293-7244

Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия пациентов с ОНМК

Медицинские организации, осуществляющие медицинскую реабилитацию:

ОАУЗ «Клинический центр медицинской реабилитации», относится ко второй группе медицинских организаций осуществляющих медицинскую реабилитацию.

ГОБУЗ «Новгородская областная клиническая больница», реабилитационное отделение, относится к третьей группе медицинских организаций осуществляющих медицинскую реабилитацию.

Основным критерием тяжести состояния пациента для определения объема реабилитационной помощи и индивидуальной маршрутизации пациента является шкала реабилитационной маршрутизации (далее ШРМ).

Пациентам со значением ШРМ 1-2-3, после выписки из специализированного отделения для лечения пациентов с ОНМК, направляются для прохождения третьего этапа реабилитации в условиях дневного стационара ОАУЗ «Клинический центр медицинской реабилитации» (далее «КЦМР»), соответствующая запись, с указанием адреса и контактного телефона, делается в выписном эпикризе из медицинской карты стационарного больного.

Пациенты со значением ШРМ 4-5, для проведения второго этапа медицинской реабилитации направляются на госпитализацию в круглосуточный стационар ОАУЗ «КЦМР». Пакет документов в электронном виде направляется на заочное рассмотрение в ОАУЗ «КЦМР», через региональную подсистему «Портал телемедицинских консультаций».

При получении подтверждения из ОАУЗ «КЦМР» о готовности принять пациента для проведения второго этапа медицинской реабилитации с указанием даты и времени явки, лечащим врачом подготавливается выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного с соответствующей записью. Перевод пациента осуществляется санитарным транспортом ПСО с соблюдением условий медицинской эвакуации.

Пациенты со значением ШРМ 5-6, для проведения второго этапа медицинской реабилитации направляются на госпитализацию в реабилитационное отделение ГОБУЗ «НОКБ». Пакет документов в электронном виде направляется на заочное рассмотрение в ГОБУЗ «НОКБ», через региональную подсистему «Портал телемедицинских консультаций».

При получении подтверждения из ГОБУЗ «НОКБ» о готовности принять пациента для проведения второго этапа медицинской реабилитации с указанием даты и времени явки, лечащим врачом подготавливается выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного с соответствующей записью. Перевод пациента осуществляется санитарным транспортом ПСО с соблюдением условий медицинской эвакуации.

Приложение № 7
к приказу министерства здравоохранения
Новгородской области
от 21.04.2023 № 411-Д

Форма опросника для диспетчеров службы СМП для использования во время телефонного контакта с целью своевременного распознавания инсульта «Лицо-рука-речь-тест» (FAST)

Признак	Наличие	Метод выявления
Парез мимических мышц Пораженная сторона лица	<input type="checkbox"/> есть <input type="checkbox"/> нет	Необходимо выявить вновь возникшую, значительную асимметрию лица в покое, при выполнении команды улыбнуться, оскалить зубы.
	<input type="checkbox"/> левая <input type="checkbox"/> правая	
Слабость в руке Пораженная рука	<input type="checkbox"/> есть <input type="checkbox"/> нет	Поднять обе руки пациента на 90° в положении сидя, или на 45° в положении лежа, попросить удержать их 5 секунд, затем одновременно опустить. Отметить «есть» если одна из рук опускается.
	<input type="checkbox"/> левая <input type="checkbox"/> правая	
Нарушение речи	<input type="checkbox"/> есть <input type="checkbox"/> нет	Необходимо выявить вновь возникшее нарушение речи (отметить неразборчивость речи, затруднение в понимании обращенной речи, выполнении простых команд, назывании окружающих предметов, и повторении сказанной фразы)
Время появления симптомов	<input type="checkbox"/> неизвестно <input type="checkbox"/> известно __:__	Необходимо уточнить точное время появления первых симптомов заболевания.

При наличии одного признака – срочное направление бригады СМП.

Вызовы к пациентам, с предположительным диагнозом «ОНМК», при давности появления первых симптомов, не более 4 - 4,5 ч до момента обращения, являются приоритетными, для максимального ускорения прибытия медицинского персонала.

Шкала догоспитальной оценки тяжести инсульта (LAMS)

С целью оценки вероятности окклюзии проксимальной церебральной артерии и необходимости транспортировки пациента с инсультом в РСЦ, сотрудникам выездных бригад скорой медицинской помощи необходимо выполнить следующие действия:

1) Оценка лицевой мускулатуры:

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

- 0 баллов - нет асимметрии или минимальная асимметрия лица;
- 1 балл - частичный или полный паралич мимической мускулатуры в нижней трети лица с одной стороны или полное отсутствие движений мимической мускулатуры в верхних и нижних отделах лица с одной стороны.

2) Удержание рук:

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

- 0 баллов - руки удерживаются под углом 90 или 45 градусов без малейшего опускания;
- 1 балл - одна рука медленно опускается, но производит некоторое сопротивление силе тяжести;
- 2 балла - рука быстро падает без сопротивления силе тяжести.

3) Сжатие кисти в кулак:

Попросить пациента плотно сжать указательный и средний пальцы в кулаке. Оценить силу сжатия с 2-х сторон.

- 0 баллов - сжимает симметрично, сила не снижена;
- 1 балл - с одной стороны сжимает слабее;
- 2 балла - не сжимает, движения в кисти отсутствуют или имеют место минимальные движения.

СУММА БАЛЛОВ: от 0 до 5.

0 баллов - отсутствие инсульта

1 балл - низкая вероятность инсульта

2 балла - высокая вероятность инсульта

3 балла и более - достоверные признаки инсульта.

Оценка по шкале LAMS ≥ 4 считается «2положительным» результатом, что означает, что у пациента с высокой вероятностью может иметь место инсульт с окклюзией проксимальной церебральной артерии и, следовательно, он является кандидатом на ВСТЭ.

Важно! При угнетении уровня сознания до сопора или комы, балл по шкале LAMS не определяется. Вместо этого указывается степень угнетения сознания (сопор или кома).

«Чек-лист»

заполняемый врачебной (фельдшерской) выездной бригадой скорой медицинской помощи,
эвакуирующей больного с признаками ОНМК.

ФИО пациента _____ Дата рождения _____

Данные анамнеза настоящего заболевания:			
1.	Известно ли время начала заболевания?	ДА	НЕТ
1.1.	Укажите время начала заболевания (чч/мм)		
2.	Инсульт развился во время ночного сна? (Симптомы зафиксированы сразу после ночного сна?)	ДА	НЕТ
3.	Симптомы возникли более 5 часов назад?	ДА	НЕТ
3.1.	Укажите, какие симптомы имеют место: головная боль, головокружение, слабость в руке или ноге, нарушение речи (нужное подчеркнуть).		
3.2.	Сколько баллов по шкале LAMS		
Данные анамнеза жизни:			
4.	Переносил ли пациент геморрагический инсульт?	ДА	НЕТ
5.	Была ли травма головы в последние 3 месяца?	ДА	НЕТ
6.	Переносил ли пациент операции на головном и спинном мозге?	ДА	НЕТ
7.	Устанавливался ли ранее диагноз опухоли мозга, аневризмы, АВМ?	ДА	НЕТ
8.	Находился ли пациент на лечении по поводу заболеваний системы крови?	ДА	НЕТ
9.	Получал ли пациента за 48 часов до развития инсульта гепарин, варфарин, оральные антикоагулянты (ксарелто, эликвис, прадакса).	ДА	НЕТ
Дополнительно:			
10.	Периферический венозный доступ.	ДА	НЕТ
11.	Информирование приемного покоя/невролога стационара о медицинской эвакуации	ДА	НЕТ

При наличии показаний: достоверный инсульт, значение по шкале LAMS (1-5), попадание пациента в **терапевтическое окно до 5 часов** с учетом времени прибытия, выездной персонал СМП определяет **эвакуацию пациента в РСЦ ГОБУЗ «НОКБ»**.

Лист заполнил: врач/фельдшер (нужное подчеркнуть) _____ (ФИО)

Дата _____ Время _____ Подпись _____

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

Протокол принятия решения о проведении тромболитической терапии

ФИО пациента: _____ Номер истории болезни _____

Дата и время поступления в стационар: _____ 202__ г. ____ : ____

Анализ крови: АЧТВ _____ МНО _____

Глюкоза крови _____ Тромбоциты крови _____

КТ головного мозга: время ____ : ____ ASPECTS: ____ баллов. Оценка по NIHSS: ____ баллов.

Вес пациента: _____ кг.

Измерение АД на обеих руках: Справа _____ мм.рт.ст.; Слева _____ мм.рт.ст.;

№	Показания	
1.	Клинический диагноз ОНМК по ишемическому типу	<input type="checkbox"/> Да
2.	Время от начала возникновения симптомов ОНМК, часов	
3.	Возраст, лет	
4.	Отсутствие данных за геморрагический инсульт на КТ	<input type="checkbox"/> Да

№	Противопоказания	
1..	Признаки тяжелого инсульта: клинические (NIHSS > 25 баллов), и/или по результатам КТ и/или МРТ головного мозга	<input type="checkbox"/> Нет
2..	Нейровизуализационные (КТ, МРТ) признаки внутричерепного кровоизлияния, опухоли мозга; артериовенозной мальформации, абсцесса мозга, разрыва аневризмы церебральных сосудов	<input type="checkbox"/> Нет
3.	Клинические симптомы внутричерепного кровоизлияния при нормальной КТ головного мозга	<input type="checkbox"/> Нет
4.	Геморрагический инсульт/внутричерепное (в том числе субарахноидальное) кровоизлияние в настоящее время или в анамнезе	<input type="checkbox"/> Нет
5.	Заболевания центральной нервной системы в анамнезе (в том числе новообразования, аневризма, хирургическое вмешательство на головном или спинном мозге)	<input type="checkbox"/> Нет
6.	Предшествующий инсульт или тяжелая ЧМТ в течение 3 месяцев	<input type="checkbox"/> Нет
7.	Некупируемая гипертензия (САД > 185 мм.рт.ст. или ДАД > 110 мм.рт.ст.)	<input type="checkbox"/> Нет
8.	Обширное кровотечение в настоящее время или в течение предыдущих 6 месяцев	<input type="checkbox"/> Нет
9.	Обширное хирургическое вмешательство или обширная травма в течение предыдущих 14 дней	<input type="checkbox"/> Нет
10.	Длительная (> 10 минут) или травматичная (> 2 минут) сердечно-легочная реанимация	<input type="checkbox"/> Нет
11.	Беременность, роды в течение 10 предшествующих дней	<input type="checkbox"/> Нет
12.	Недавняя пункция некомперируемого кровеносного сосуда	<input type="checkbox"/> Нет
13.	Прием непрямых антикоагулянтов (варфарин), если МНО > 1,3	<input type="checkbox"/> Нет
14.	Применение гепарина в течение предыдущих 48 часов, если повышено АЧТВ	<input type="checkbox"/> Нет

15.	Гликемия менее 2,8 и более 22,2 ммоль/л не поддающаяся коррекции	<input type="checkbox"/>	Нет
16.	Тромбоцитопения менее 100 000/мм ³	<input type="checkbox"/>	Нет
17.	Известная гиперчувствительность к действующему веществу тромболитика(фибринолитика), гентамицину, повышенная чувствительность к натуральному каучуку или латексу	<input type="checkbox"/>	Нет
18.	Наличие на момент принятия решения о выполнении тромболизиса любого из перечисленных верифицированных диагнозов: <ul style="list-style-type: none"> • геморрагический диатез; • тяжелые заболевания печени, в том числе печеночная недостаточность, цирроз, портальная гипертензия (в том числе варикозное расширение вен пищевода) и активный гепатит; • бактериальный эндокардит; • перикардит; • острый панкреатит; • подтвержденное обострение язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки в течение последних 3 месяцев (за исключением случаев, когда было подтверждено полное рубцевание язвы); • артериальные аневризмы, дефекты развития артерий/вен; • новообразования с повышенным риском развития кровотечения. 	<input type="checkbox"/>	Нет
19.	Другие заболевания (не упомянутые в разделе «Противопоказания»), при которых повышен риск кровотечения	<input type="checkbox"/>	Нет

№	Особые условия позволяющие применить ТЛТ (при соответствии всем уточняющим критериям в пределах одного блока уточняющих вопросов – ТЛТ может быть проведена)		
1.	Неизвестно время появления симптомов инсульта <ul style="list-style-type: none"> • Пациент соответствует критериям WAKE-UP(время появления симптомов потенциально может оказаться в пределах терапевтического окна, нет других противопоказаний для ВВ ТЛТ) • Есть возможность выполнения МРТ (DWI/FLAIR несоответствие) 	<input type="checkbox"/>	Да
2.	Возраст старше 80 лет <ul style="list-style-type: none"> • Наличие клинических, лабораторных, инструментальных данных за декомпенсированную церебральную или соматическую патологию, ожидаемая продолжительность жизни менее 6 месяцев? 	<input type="checkbox"/>	Нет
3.	Быстрое улучшение состояния или слабая выраженность симптомов (балл NIHSS ≤ 4) к моменту начала ТЛТ <ul style="list-style-type: none"> • Проведена визуализация сосудов (УЗДГ, КТ/МР-ангиография, либо инвазивная церебральная ангиография)? • Исключена закупорка магистральных артерий головы (ВСА, проксимальные отделы СМА, ПМА, ЗМА, ПА)? • Неврологический дефицит не является инвалидизирующим? 	<input type="checkbox"/>	Нет
4.	Судороги в дебюте инсульта		

	<ul style="list-style-type: none"> Эпилепсия в анамнезе и/или есть основание предполагать, что очаговая симптоматика представляет собой парез Тодда? 	<input type="checkbox"/>	Нет
5.	Окклюзия основной артерии и срок более 4,5 часов от начала заболевания		
	<ul style="list-style-type: none"> Прогноз при выполнении ТЛТ более благоприятен, чем при отказе от тромболизиса, с учетом рисков? Отсутствует возможность выполнения ВСТЭ? 	<input type="checkbox"/>	Да
6.	Прием ПОАК (дабигатран, ривароксабан, эликсабан)		
	<ul style="list-style-type: none"> Последняя доза препарата принята >48 часов назад? Функция почек нормальная (клиренс креатинина >80 мл/мин по Кокрафту-Голту)? 	<input type="checkbox"/>	Да
7.	Пациент принял дабигатранаэтексилат в предшествующие 12 ч.		
	<ul style="list-style-type: none"> Имеется возможность реверсии антикоагулянтного эффекта путем введения специфического антагониста (идаруцизумаба)? 	<input type="checkbox"/>	Да
8.	Пациент принял дабигатранаэтексилат в предшествующие 12-48 ч, либо клиренс креатинина менее 80 мл/мин, либо неизвестно время приема последней дозы		
	<ul style="list-style-type: none"> Значения ТВ находятся в пределах референсного диапазона? Либо имеется возможность реверсии антикоагулянтного эффекта путем введения специфического антагониста (идаруцизумаба)? 	<input type="checkbox"/>	Да
9.	Пациент принял ривароксабан, аликсабан или эдоксабан в предшествующие 12-48 ч, либо клиренс креатинина менее 80 мл/мин, либо неизвестно время приема последней дозы		
	<ul style="list-style-type: none"> При лабораторном исследовании гемостаза отсутствует определяемая анти-Ха-активность? 	<input type="checkbox"/>	Да
10.	Наличие показаний для механической тромбэктомии (верифицирована окклюзия магистральной артерии)		
	<ul style="list-style-type: none"> Есть противопоказания для проведения ТЛТ? 	<input type="checkbox"/>	Нет

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тромболитическая терапия показана: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Планируемая тактика эндоваскулярного лечения: <input type="checkbox"/> не показано <input type="checkbox"/> показана диагностическая церебральная ангиография <input type="checkbox"/> показано экстренное эндоваскулярное вмешательство <input type="checkbox"/> решение вопроса об эндоваскулярном вмешательстве при неэффективности ТЛТ <input type="checkbox"/> перевод в другой стационар с целью эндоваскулярного вмешательства <input type="checkbox"/> отсутствует техническая возможность выполнения	

Подпись врача невролога _____

Подписи участников консилиума (при необходимости):

Подпись врача _____

Подпись врача _____

ПОРЯДОК

оказания специализированной медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом и другими острыми и неотложными сердечно-сосудистыми состояниями (нарушения ритма и проводимости, тромбоэмболия легочной артерии, острая сердечная недостаточность) на территории Новгородской области.

Настоящий Порядок регулирует вопросы оказания специализированной медицинской помощи взрослому населению при остром коронарном синдроме (далее – ОКС) и другими острыми и неотложными сердечно-сосудистыми состояниями (нарушения ритма и проводимости, тромбоэмболия легочной артерии, острая сердечная недостаточность) на территории Новгородской области.

К ОКС относятся состояния, соответствующие шифрам I20.0, I20.9, I21 - I24 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра (далее - МКБ-10).

Общие положения

Все пациенты (при условии информированного согласия) при подозрении на развитие ОКС и других острых и неотложных сердечно-сосудистых состояний должны доставляться в ПСО, мРСЦ или РСЦ в соответствии с утверждённой маршрутизацией. При отказе пациента или его законного представителя от медицинской эвакуации в ПСО/РСЦ, пациенты должны получать медицинскую помощь в медицинской организации (далее – МО) по месту жительства в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, с учётом возможностей МО. Отказ от перевода в ПСО/РСЦ оформляется в медицинской документации пациента в соответствии с действующим законодательством.

При наличии у больного выраженных нарушений витальных функций, требующих проведения неотложных лечебных или реанимационных мероприятий, бригада СМП должна доставить больного в ближайшую МО с реанимационным отделением.

В случае, когда на основании первичного обследования невозможно достоверно исключить наличие сосудистого заболевания (например, выраженный болевой приступ при отсутствии патогномичных изменений на ЭКГ), пациенты госпитализируются в ПСО/ЦРБ (по шкале GRACE 2.0 <140 б.) или в РСЦ (по шкале GRACE 2.0 >140 б.) в соответствии с утверждённой маршрутизацией, где проводится дообследование для окончательного

исключения или подтверждения ОКС доступными методами в соответствии с утверждёнными Порядками и стандартами оказания медицинской помощи, с последующим решением вопроса о проведении коронарографии в плановом порядке.

Если у пациента, госпитализированного в РСЦ по результатам коронарографии отсутствует гемодинамически значимое поражение коронарного русла, РСЦ ГОБУЗ «НОКБ» рекомендовано рассмотреть вопрос о переводе пациента в ГОБУЗ «ЦГКБ» Клинику №1 (в дневное время) для дальнейшего дообследования по согласованию с заведующим отделением кардиологии ГОБУЗ «ЦГКБ».

Межгоспитальная медицинская эвакуация осуществляется в соответствии с приказом департамента здравоохранения Новгородской области № 887-Д от 14.09.2015 «Об организации медицинской эвакуации на территории Новгородской области».

Все больные с подозрением на ОКС, доставленные в приёмные отделения МО Новгородской области бригадами СМП или в порядке самообращения, должны быть осмотрены дежурным врачом с оформлением утверждённой медицинской документации. Перенаправление пациентов с сосудистой патологией в другие стационары без осмотра врача и согласования перевода не допускается.

При выявлении показаний к медицинской эвакуации в РСЦ (приложение 6) старший врач СМП или фельдшер по приему вызовов СМП, ПСО или МО в обязательном порядке информируют дежурного врача РСЦ по тел. 8-921-842-69-97 о медицинской эвакуации пациента в РСЦ в соответствии с формой доклада при переводе в РСЦ с указанием цели перевода. При переводе в РСЦ для оперативного лечения к медицинской документации прикладывается информированное согласие на перевод для оперативного лечения (приложение 7).

При развитии ОКС на фоне тяжелого заболевания/или при наличии тяжёлого сопутствующего заболевания, ограничивающего возможность использования высокотехнологичных методов лечения, требуются индивидуальное обсуждение и индивидуальное решение в каждом конкретном случае: пациент должен быть проконсультирован с ответственным дежурным врачом –кардиологом РСЦ по тел. 8-921-842-69-97 для решения вопроса о дальнейшей тактике: перевод в РСЦ, перевод для консервативного лечения в ПСО или отделения кардиологии медицинской организации или продолжение лечения на отделении.

Алгоритм оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе

Медицинская помощь больным ОКС на догоспитальном этапе оказывается в соответствии с утверждёнными стандартами и клиническими рекомендациями.

1. Скорая медицинская помощь больным при острым коронарном синдроме оказывается врачебными и фельдшерскими бригадами скорой медицинской помощи, врачами и фельдшерами медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, которые обеспечивают проведение мероприятий по устранению угрожающих жизни состояний. В случае наличия показаний проведение тромболитической терапии (далее – ТЛТ) выездными бригадами скорой медицинской помощи.

2. Врач (фельдшер) бригады СМП при оказании медицинской помощи больным с признаками ОКС должен руководствоваться Схемой медицинской эвакуации пациентов с ОКС в медицинские организации области (приложение № 4).

3. Врач (фельдшер) бригады СМП при подозрении на ОКС после подробного сбора анамнеза обязан выполнить ЭКГ в 12 стандартных отведениях (не позднее 10 минут от момента первого контакта с больным).

Врач (фельдшер) бригады СМП принимает решение о дальнейшей тактике лечения, включая ТЛТ с заполнением тромболитической карты, являющейся приложением к карте вызова скорой медицинской помощи (таблица № 1).

Время, в течение которого должно быть принято решение о проведении ТЛТ не должно превышать 20 минут от момента первого контакта медицинского работника с больным ОКСпСТ.

ТЛТ выполняется по показаниям на догоспитальном этапе, если медицинская эвакуация пациента в РСЦ для проведения чрескожного коронарного вмешательства (далее ЧКВ) невозможна в течение 120 минут с момента первого контакта с медперсоналом и установкой диагноза ОКСпСТ.

ТЛТ может не выполняться, если в течение первых 2-х часов от момента заболевания пациент может быть доставлен в РСЦ для проведения ЧКВ, при условии согласия больного на оперативное лечение.

Тактика ведения пациентов после проведения ТЛТ в ПСО, мРСЦ или ЦРБ.

При необходимости, рекомендуется перевод больного с ОКСпСТ в РСЦ с возможностями проведения ЧКВ при условии согласия больного на проведение ЧКВ.

Если по косвенным признакам (снижение сегмента ST в наиболее информативном отведении ЭКГ через 60-90 минут после начала ТЛТ на 50% и более от исходного) после ТЛТ реперфузия достигнута и состояние больного стабильно, проведение КАГ для решения вопроса о необходимости ЧКВ рекомендуется осуществить в течение 3-24 часов.

При симптомах повторной ишемии, тяжелой недостаточности кровообращения, шоке КАГ с целью уточнения дальнейшей тактики лечения, проводится безотлагательно.

«Спасительное» ЧКВ при отсутствии признаков реперфузии в течение 60-90 минут после ТЛТ должно проводиться безотлагательно.

Схема выбора тактики реперфузионного лечения при ОКС без подъема сегмента ST (далее - ОКСБПST):

При ОКСБПST ЧКВ должно быть выполнено после дообследования в условиях ПСО/МО (маркеры некроза миокарда, биохимический анализ крови, динамика ЭКГ и др.), а также обязательной оценки риска по шкале (GRACE 2.0). При наличии критериев очень высокого и высокого риска (более 140 баллов по шкале GRACE 2.0) инвазивная тактика должна разделяться на:

1. Неотложная инвазивная тактика (КАГ в пределах 2-х часов после поступления): больные ОКСБПST с критериями очень высокого риска;

2. Ранняя инвазивная тактика (КАГ в пределах 2-24 часов после поступления): больные ОКСБПST с критериями высокого риска;

3. Инвазивная тактика (КАГ в пределах 24-72 часов после поступления): один из признаков умеренного риска, повторение симптомов или ишемия по результатам неинвазивного обследования.

4. Избирательная инвазивная тактика: больные без повторения симптомов и без критериев очень высокого, высокого и умеренного риска могут рассматриваться как больные с низким риском ишемических событий. У них для окончательного решения об инвазивной тактике (выполнении КАГ до выписки из стационара и реваскуляризации по ее итогам) следует выполнить стресс-тест, оптимально с визуализацией миокарда или с оценкой его сократимости. В случае наличия показаний к ЧКВ, отсутствия противопоказаний, и отказе больного от проведения инвазивной реваскуляризации оформляется бланк отказа пациента от оперативного лечения и проводится консервативная терапия в ПСО. В случае изменения пациентом своего решения (в пределах сроков возможного оперативного лечения) и согласия на проведение ЧКВ после зафиксированного ранее отказа, пациент подписывает форму информированного согласия на оперативное лечение с обязательным указанием даты и времени согласия. В тексте согласия целесообразно указать, что ранее пациент подписывал отказ от вмешательства с

указанием даты и времени отказа. Медицинская эвакуация пациентов должна осуществляться силами ПСО, ЦРБ, РСЦ с приказом департамента здравоохранения Новгородской области № 887-Д от 14.09.2015 «Об организации медицинской эвакуации на территории Новгородской области».

В случае принятия решения о переводе пациента с ОКС в РСЦ, во время ожидания медицинской эвакуации пациент должен находиться в МО и получать необходимое лечение (обезболивание, антиагрегантную и антикоагулянтную терапию, инфузионную терапию, тромболитическую терапию), что должно быть отражено в медицинской документации.

В случаях, когда прогнозируемый риск смерти во время предстоящей медицинской эвакуации больного в РСЦ высокий, необходимо вызывать специализированную реанимационную бригаду из ПСО, мРСЦ или РСЦ в соответствии с маршрутизацией больных ОКС на территории Новгородской области и до ее прибытия осуществлять на месте максимально возможный объем помощи собственными силами или эвакуировать больного в ближайший стационар.

В том случае, когда пациент отказывается от медицинской эвакуации в РСЦ, его лечение продолжается в ПСО/МО куда он был доставлен с обязательным оформлением отказа от оказания данного вида медицинской помощи в соответствии с действующим законодательством.

При выявлении показаний для экстренного ЧКВ во время лечения в МО врач МО, после согласования перевода со специалистами РСЦ, организует перевод больного в РСЦ для отсроченной реваскуляризации при наличии согласия больного на оперативное лечение. Медицинская эвакуация пациентов в РСЦ осуществляется санитарным транспортом ПСО, мРСЦ.

Алгоритм оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом на госпитальном этапе

Время нахождения больного с подозрением на ОКС в приёмно-диагностическом отделении должно быть минимальным и допускается только при самообращении больного.

Дежурный врач приёмно-диагностического отделения должен незамедлительно осмотреть больного с подозрением на ОКС в случае самообращения и решить вопрос о тактике дальнейшего лечения.

При поступлении больного в порядке самообращения медицинский персонал приёмного отделения немедленно ставит в известность дежурного врача-кардиолога о поступлении больного с ОКС, выполняет ЭКГ в течение 10 минут и обеспечивает венозный доступ. Больной должен находиться на лежащей каталке.

При доставке пациентов с ОКС бригадами скорой медицинской помощи в приёмное отделение РСЦ/ мРСЦ / ПСО, где незамедлительно осматривается дежурным врачом-кардиологом врачом БРИТ, который принимает решение о госпитализации больного в отделение.

Бригада скорой медицинской помощи, доставившая больного с подозрением на ОКС, покидает отделение не позднее 15 минут с момента передачи пациента дежурному кардиологу. Дежурный врач-кардиолог принимает решение о госпитализации, либо отсутствии оснований для госпитализации в ПСО/ мРСЦ / РСЦ.

Принявший пациента врач ПСО/ мРСЦ / РСЦ подтверждает доставку пациента в карте вызова скорой медицинской помощи личной подписью.

При отсутствии показаний для госпитализации в РСЦ, пациент после осмотра дежурного врача-кардиолога, госпитализируется в МО для дальнейшего дообследования.

При отсутствии мест в отделении кардиологии для лечения ОКС ПСО / мРСЦ / РСЦ и поступлении больного ОКС отказ в госпитализации не допускается. Больной может быть госпитализирован в БРИТ или отделение терапевтического профиля в соответствии с тяжестью состояния по согласованию.

После госпитализации больного ОКС в отделение кардиологии ПСО/мРСЦ/РСЦ лечение осуществляется в соответствии со стандартами лечения (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 июня 2021 г. № 612н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 марта 2021 года № 158н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST электрокардиограммы (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)», Национальных клинических рекомендации по лечению ОКС с подъёмом и без подъёма ST электрокардиограммы) с обязательным выполнением всех диагностических и лечебных мероприятий, имеющих усреднённый показатель частоты предоставления, равный 1.

Тромболитическая карта на пациента с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST

1. Паспортная часть		
Время получения вызова (ЧЧ:ММ):-		
Время первого контакта с пациентом (ЧЧ:ММ):		
Время появления ОКС – симптоматики (ЧЧ:ММ):		
Ф.И.О. (полностью):		
Дата рождения (ДД/ММ/ГГ):	Возраст (лет):	
Пол (М/Ж)	Масса тела (кг):	
2. Наличие показаний для тромболитизиса – только при всех «ДА»		
ДА	Типичные боли в грудной клетке (или их эквивалент), не купирующиеся нитратами	НЕТ
ДА	Симптомы ОКС возникли менее 12 часов назад	НЕТ
ДА	ЭКГ: подъем сегмента ST $\geq 0,1$ mV, как минимум в 2-х последовательных грудных отведениях или в 2-х отведениях от конечностей, или появляется блокада ЛНПГ. Введение тромболитиков оправдано в те же сроки при ЭКГ признаках истинного заднего ИМ (высокие зубцы R в правых прекардиальных отведениях и депрессия сегмента ST в отведениях V1-V4 с направленным вверх зубцом T).	НЕТ
3. Наличие абсолютных противопоказаний - тромболитизис возможен только при всех «НЕТ»		
ДА	Ранее перенесенный геморрагический инсульт или ОНМК неизвестной этиологии;	НЕТ
ДА	Ишемический инсульт, перенесенный в предшествующие месяцы	НЕТ
ДА	Повреждения или новообразования ЦНС, артериовенозные мальформации ЦНС	НЕТ
ДА	Недавняя серьезная травма/хирургическое вмешательство/травма головы/желудочно-кишечное кровотечение (в течение предыдущего месяца)	НЕТ
ДА	Известные геморрагический диатез или кровоточивость (за исключением менструации)	НЕТ
ДА	Расслоение аорты (заподозренное или подтвержденное)	НЕТ
ДА	Пункция некомпенсируемых сосудов, биопсия печени, спинномозговая пункция в течение предыдущих 24 часов	НЕТ
4. Наличие относительных противопоказаний для тромболитизиса - тромболитизис возможен, необходима оценка риска кровотечений		
ДА	Транзиторная ишемическая атака в предыдущие 6 месяцев	НЕТ
ДА	Прием пероральных антикоагулянтов	НЕТ
ДА	Беременность и 1-я неделя после родов	НЕТ
ДА	Рефрактерная АГ (САД >180 мм. рт. ст. и/или ДАД >110 мм.рт.ст.)	НЕТ
ДА	Тяжелое заболевание печени	НЕТ
ДА	Инфекционный эндокардит	НЕТ
ДА	Травматичная или длительная (более 10 мин), сердечно-легочная реанимация	НЕТ
ДА	Обострение язвенной болезни	НЕТ
<p>5. Примите решение о возможности проведения тромболитизиса*: ВОЗМОЖЕН НЕВОЗМОЖЕН</p> <p>6. Дайте пациенту выпить 250 мг Аспирина. При массе тела менее 67 кг введите 4000 ЕД гепарина внутривенно. При массе тела 67 кг и более - 5000 БД гепарина внутривенно не следует назначать начальную дозу гепарина пациентам уже получающим гепарин. Нагрузочная доза клопидогреля 300 мг. для пациентов 75 лет не более 75 мг.</p> <p>7. Введите тромболитик, дозируя объем готового раствора, в соответствии с инструкцией по применению препарата</p> <p>8. Отметьте время введение(чч:мм):</p> <p>9. Тромболитизис: УСПЕШЕН опишите:</p> <p style="margin-left: 40px;">Ф.И.О. Подпись:</p>		
*Тромболитизис возможен, если систолическое АД снижено или удерживается на уровне не выше 160 мм рт.мт.		

Схема медицинской эвакуации пациентов с ОКС в медицинские организации

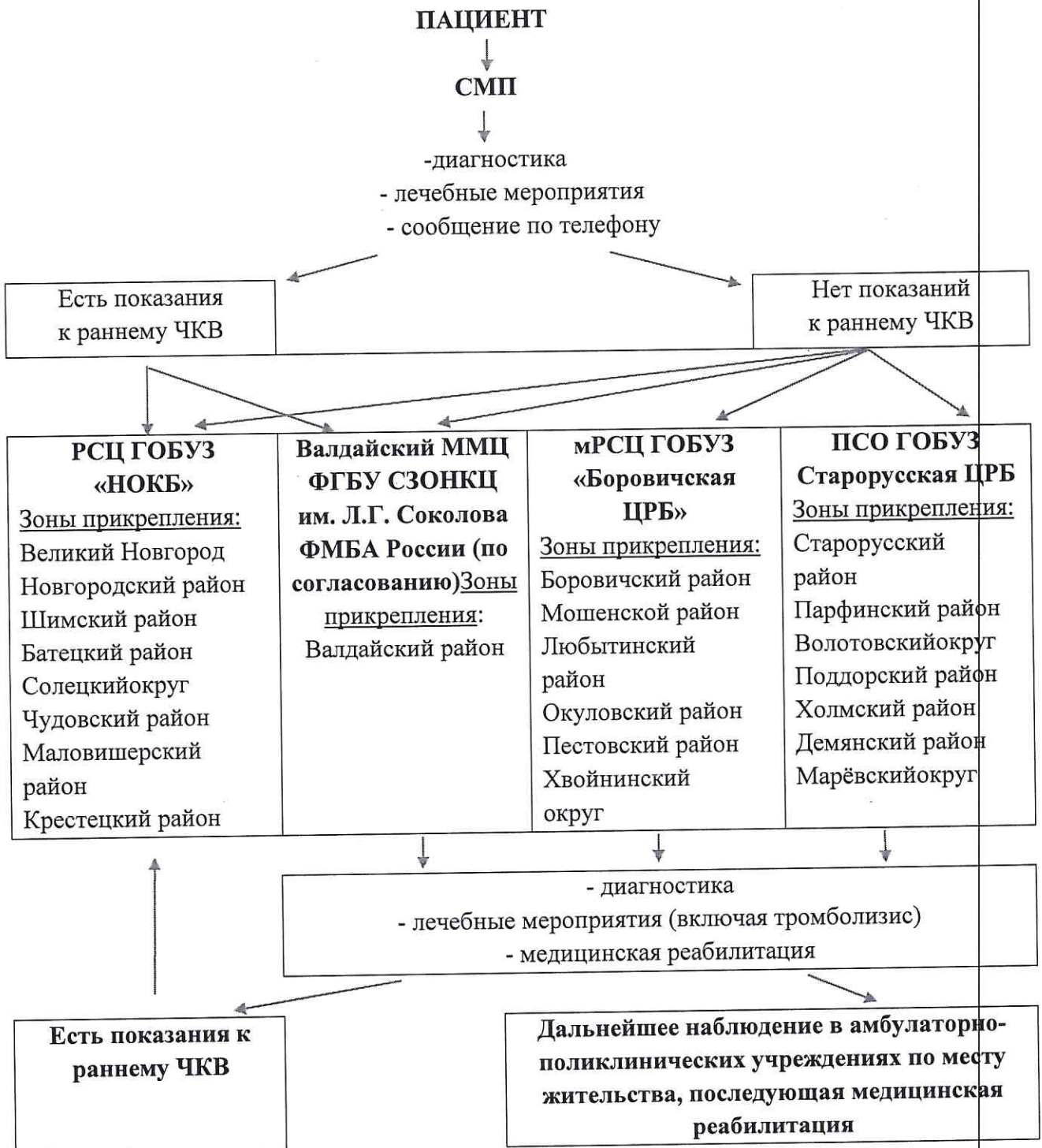
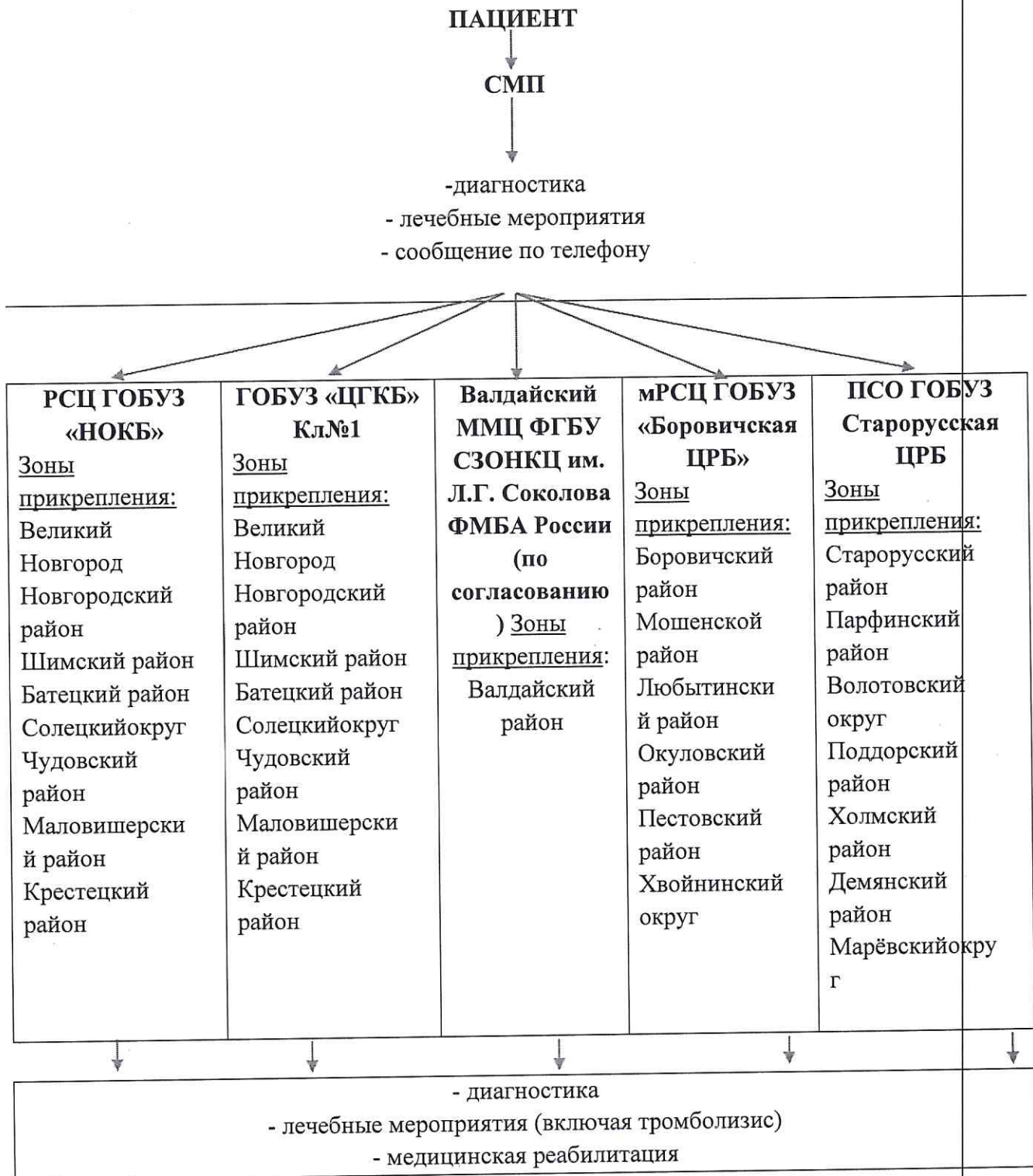


Схема медицинской эвакуации пациентов с другими острыми и неотложными сердечно-сосудистыми состояниями (нарушения ритма и проводимости, тромбоэмболия легочной артерии, острая сердечная недостаточность) в медицинские организации



**Перечень показаний к направлению пациентов с ОКС и ОНМК для
реабилитационного лечения:**

1. Основным критерием оценки тяжести состояния пациента для определения объема реабилитационной помощи и индивидуальной маршрутизации пациента является оценка состояния по ШРМ.

Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ):

Градации оценки ШРМ, баллы	Описания статуса		
	При заболеваниях и (или) состояниях центральной нервной системы	При заболеваниях и (или) состояниях периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата	При соматических (кардиологических) заболеваниях и (или) состояниях
0	Нет симптомов		
1	Отсутствие значимых нарушений жизнедеятельности, несмотря на имеющиеся симптомы заболевания		
	<ul style="list-style-type: none"> • Может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни. • Тратит столько же времени на выполнение дел, как раньше до болезни. 	<ul style="list-style-type: none"> • Может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни. • Тратит столько же времени на выполнение дел, как раньше до болезни. 	<ul style="list-style-type: none"> • Может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни. • Тратит столько же времени на выполнение дел, как раньше до болезни. • Может выполнять физическую нагрузку выше обычной, без слабости, сердцебиения, одышки.
2	Легкое ограничение жизнедеятельности		
	<ul style="list-style-type: none"> • Не может выполнять ту активность, которая была до заболевания (вождение автомобиля, чтение, письмо, танцы, работа и др.), но может справляться со своими делами без посторонней помощи. 	<ul style="list-style-type: none"> • Не способен выполнять ту активность, которая была до заболевания (вождение автомобиля, чтение, письмо, танцы, работа и др.), но может справляться со своими делами без посторонней помощи. 	<ul style="list-style-type: none"> • Может справляться со своими делами без посторонней помощи • Обычная физическая нагрузка не вызывает выраженного утомления, слабости,

	<p>помощи.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может самостоятельно за собой ухаживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершить небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается). • Не нуждается в наблюдении. • Может прожить один дома до недели и более без помощи 	<ul style="list-style-type: none"> • Может самостоятельно за собой ухаживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершить небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается). 	<p>одышки или сердцебиения.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Стенокардия развивается при значительное, ускоренном или особо длительном напряжении (усилии). • Тест шестиминутной ходьбы (ТШХ) >425м. • Тесты с физической нагрузкой (ВЭМ/спироэргометрия) E 125Вт/7МЕ. • Может самостоятельно за собой ухаживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершить небольшие путешествия и переезды, Самостоятельно передвигается. • Не нуждается в наблюдении. • Может прожить один дома до недели и более без помощи.
3	<p>Ограничение жизнедеятельности, умеренное по своей выраженности</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи • Самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности • Нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками и другие • Нуждается в 	<ul style="list-style-type: none"> • Может передвигаться самостоятельно или • Незначительное ограничение возможностей самообслуживания • Самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности • Нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками и другие 	<ul style="list-style-type: none"> • Может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи • В покое какие-либо симптомы отсутствуют. Обычная физическая активность вызывает слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку. • Стенокардия развивается при ходьбе на расстояние >500м по ровной местности, при

	<p>помощниках при ведении финансовых дел</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может проливать один дома без помощи от 1 суток до 1 недели 	<ul style="list-style-type: none"> • Умеренно выраженный болевой синдром во время ходьбы, незначительно выраженный болевой синдром в покое (1-3 балла по ВАШ) 	<p>подъеме на 1 пролет обычных ступенек, в нормальном темпе, при обычных условиях.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Тест шестиминутной ходьбы (ТШХ) = 301-425м. • Тесты с физической нагрузкой (ВЭМ/спироэргометрия) — 75-100Вт/4-6,9МЕ • Самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности • Нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками и другие • Может проживать один дома без помощи от 1 суток до 1 недели
4	<p>Выраженное ограничение жизнедеятельности</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи • Нуждается в помощи при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др. • В обычной жизни нуждается в ухаживающем • Может прожить один дома без помощи до 1 суток 	<ul style="list-style-type: none"> • Умеренно выраженное ограничение возможностей передвижения нуждается в дополнительном средстве опоры костыли • Умеренное ограничение возможностей самообслуживания и при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет • Выраженный болевой синдром во время движений, уверенно выраженный болевой 	<ul style="list-style-type: none"> • Стенокардия возникает при ходьбе от 100 до 500м по ровной местности, при подъеме на 1 пролет обычных ступенек, в нормальном темпе, при обычных условиях. • Тест шестиминутной ходьбы (ТШХ) = 150-300м • Тесты с физической нагрузкой (ВЭМ/спироэргометрия)

		синдром в покое (4-6 баллов по ВАШ)	<p>= 25-50Вт/2-3,9МЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> Самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест, и выполняет другие виды повседневной активности В обычной жизни нуждается в ухаживающем Может проливать один дома без помощи до суток
5	Грубое нарушение жизнедеятельности		
	<ul style="list-style-type: none"> Пациент прикован к постели Не может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи Нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др. Нуждается в ухаживающем постоянно (и днем, и ночью) Не может быть оставлен дома один без посторонней помощи 	<ul style="list-style-type: none"> Выраженное ограничение возможностей передвижения. Нуждается в дополнительных средствах опоры — ходунки самостоятельно передвигается в коляске <ul style="list-style-type: none"> Перемещение ограничено пределами стационарного отделения Не может ходить по лестнице Выраженные ограничения возможностей самообслуживания и выполнения всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет Выраженный болевой синдром в покое (7-8 баллов по ВАШ), усиливающийся при движении 	<ul style="list-style-type: none"> Больной комфортно чувствует себя только в состоянии покоя, малейшие физические нагрузки приводят к появлению слабости, сердцебиению, одышки, болям в сердце Тест шестиминутной ходьбы (ТШХ) < 150м Не может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи Нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др. Не может быть оставлен один дома без посторонней помощи
6	Нарушение жизнедеятельности крайней степени тяжести		
	<ul style="list-style-type: none"> Хроническое нарушение сознания: витальные функции стабильны, нейромышечные и коммуникативные 	<ul style="list-style-type: none"> Резко выраженное ограничение возможностей самообслуживания и при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, 	<ul style="list-style-type: none"> Витальные функции стабильны, пациент может находиться в условиях специального ухода: БРИТ

	<p>функции глубоко нарушены; пациент может находиться в условиях специального ухода реанимационного отделения</p> <ul style="list-style-type: none"> • Нейромышечная несостоятельность: психический статус в пределах нормы, однако глубокий двигательный дефицит (тетраплегия) и бульбарные нарушения вынуждают больного оставаться в специализированном реанимационном отделении 	<p>туалет</p> <ul style="list-style-type: none"> • Резко выраженный болевой синдром в покое (9-10 баллов по ВАШ), усиливающийся при движении • Резко выраженное ограничение возможностей передвижения и нуждается в посторонней помощи при перемещении в коляске или на каталке • При движении имеется опасность кровотечения, смещение костных отломков или имплантов, повреждения мягкотканного скелета, мышц сосудов, компрессии нервов. 	<p>(реанимационное отделение)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Пациент неспособен переносить любую физическую нагрузку без болей в сердце, одышки, сердцебиения (например, при присаживании или поворотах в постели).
--	---	--	--

2. Медицинская реабилитация после острого инфаркта миокарда:

2.1. Медицинской реабилитации подлежат больные после острого инфаркта миокарда, не имеющие медицинских противопоказаний, способные к самообслуживанию, достигшие уровня физической активности, позволяющего совершать дозированную ходьбу до 1500 м в 2 - 3 приема, подниматься по лестнице на 1 - 2 этажа без существенных неприятных ощущений.

Показаниями для направления больных на медицинскую реабилитацию является первичный или повторный крупноочаговый (в т.ч. трансмуральный) и мелкоочаговый инфаркт миокарда в стадии выздоровления, при любых осложнениях в остром периоде, по при удовлетворительном состоянии больного к моменту направления в соматическое отделение медицинской реабилитации, со стабилизировавшимися изменениями ЭКГ или при наличии динамики, отражающей формирование постинфарктного рубца.

2.2. Допускается наличие следующих осложнений и сопутствующих заболеваний к моменту направления больного в соматическое отделение медицинской реабилитации:

недостаточность кровообращения не выше II А стадии;

нормо- или тахикардическая форма постоянной фибрилляции предсердий;

единичная или частая, но не политопная и не групповая экстрасистолия;

атрио-вентрикулярная блокада не выше I степени;

аневризма сердца без признаков недостаточности кровообращения или при ее наличии не выше I стадии;

артериальная гипертензия I и II степени;

сахарный диабет компенсированный или субкомпенсированный.

Медицинская реабилитация после операций на сердце и магистральных сосудах:

Медицинской реабилитации подлежат больные после операций на сердце и магистральных сосудах не ранее чем через 3 - 14 дней (в зависимости от вида операции) после операции, в удовлетворительном состоянии, при отсутствии послеоперационных осложнений, не нуждающиеся в перевязках, способные к самообслуживанию, при физической активности, позволяющей совершать дозированную ходьбу не менее 1500 м в 3

приема при темпе 60 - 70 шагов в минуту и подъем по лестнице на один этаж. Уровень физической активности больного устанавливается в хирургическом стационаре медицинской организации по разработанным критериям, и должен соответствовать I, II, III функциональному классу.

Перечень операций, после которых показано направление больных на медицинскую реабилитацию в соматическое отделение медицинской реабилитации:

аортокоронарное, маммарокоронарное шунтирование;

аневризмэктомия;

ангиопластика;

протезирование клапанов сердца;

протезирование восходящего и нисходящего отделов аорты;

хирургическое лечение кардиомиопатий;

хирургическое лечение нарушений ритма сердца.

Допускается направление больных с:

недостаточностью кровообращения не выше II А стадии;

нормо- или тахикарической формой постоянной фибрилляции предсердий; единичной экстрасистолией;

атрио-вентрикулярной блокадой не выше I степени;

артериальной гипертензией не выше II степени;

сахарным диабетом II типа (инсулинонезависимым) в стадии компенсации.

Медицинской реабилитации после кардиохирургических операций подлежат пациенты при благоприятном течении послеоперационного периода, у которых:

нормализовалась температурная кривая;

отсутствуют признаки нестабильности грудины;

удалены все раневые дренажи;

наблюдаются клинические и инструментальные признаки регресса ишемии

миокарда;

отсутствуют показания для эвакуации жидкости из плевральных полостей и полости перикарда.

Показания и порядок для перевода, медицинской эвакуации пациентов с ОКС в РСЦ

Переводу подлежат пациенты с ОКС с подъёмом ST из ПСО/ЦРБ для проведения оперативного лечения в первые 12 часов от момента начала заболевания (первичное ЧКВ или ЧКВ после проведения ТЛТ) при условии согласия больного на оперативное лечение.

После проведения ТЛТ сроки доставки в РСЦ могут быть увеличены до 24 часов. При отказе от оперативного лечения после проведенной ТЛТ пациент продолжает лечение в ПСО/МО (в случае отказа от перевода в РСЦ ГОБУЗ «НОКБ», пациент оформляет письменный отказ).

Пациенты с ОКСБИСТ из ПСО или ЦРБ для проведения оперативного лечения в зависимости от степени риска и в первые 12 часов от момента начала заболевания, при условии согласия больного на оперативное лечение.

Обязательные сведения при переводе в РСЦ:

ФИО и должность врача.

ФИО больного, возраст.

Время начала заболевания.

Клинические проявления заболевания (кратко).

Характер изменений на ЭКГ (в каких отведениях и какие изменения ЭКГ видит звонящий, имеется ли динамика этих изменений, при БЛНПГ сроки её возникновения, при возможности сравнения с предыдущими ЭКГ).

Согласие больного на оперативное лечение.

Перевод в РСЦ всегда должен быть согласован между представителями медицинских организаций.

Врач отделения, где проходит лечение больной с подозрением на ОКС, сообщает дежурному врачу РСЦ по телефону 8-921-842-69-97 сведения о больном;

При необходимости перевода в экстренном порядке материалы обследования (ЭКГ в динамике, ультразвуковое исследование сердца – при возможности выполнения, лабораторные и инструментальные исследования) обсуждаются врачами по телефону.

При плановом характере перевода возможно проведение дистанционной (телемедицинской) консультации материалов истории болезни со специалистами РСЦ с целью решения вопроса о дальнейшей тактике лечения.

Консультации специалистов РСЦ фиксируются в журнале консультаций РСЦ.

При выявлении показаний к оперативному лечению, которое может быть проведено в условиях РСЦ, пациент доставляется в РСЦ транспортом ПСО/ЦРБ с соблюдением условий медицинской эвакуации или в экстренных случаях

реанимационной бригадой отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи Центра медицины катастроф ГОБУЗ «НОКБ».

При переводе в РСЦ для обеспечения преемственности обязательно передаётся следующая информация: сроки начала заболевания, сроки первого контакта медперсонала с больным, ЭКГ исходное, до и после ТЛТ(при его проведении), объём проведённого лечения (обезболивание с указанием доз и времени введения препаратов, нагрузочных доз антиагрегантов, объёма инфузионной терапии), динамики состояния пациента во время медицинской эвакуации.

**Добровольное информированное согласие на перевод в РСЦ ГОБУЗ «НОКБ» для
оперативного лечения ОКС**

Наименование медицинской организации.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____

(фамилия, имя, отчество – полностью)

Поставлен (а) в известность о наличии у меня заболевания, методом диагностики и лечения которого является ангиография с возможным проведением баллонной ангиопластики и стентирования поражённой коронарной артерии в условиях местной анестезии.

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания.

Я поставлен в известность, что цель этой операции получение наиболее благоприятного результата лечения из тех, которые возможны в моём состоянии.

Я информирован (а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью.

Мне известно, что сам по себе факт проведения операции не приводит к выздоровлению автоматически. Понимаю, что для достижения необходимого результата, кроме операции, потребуются дальнейшее лечение и соблюдение предписанного врачами режима и образа жизни.

Мне известно, что 100-процентной гарантии хороших результатов как операции, так и лечения в целом дано быть не может.

Я поставил (а) в известность врача обо всех известных мне собственных заболеваниях, травмах, операциях, аллергических реакциях или непереносимости мною лекарственных препаратов, производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я осознаю, что любое оперативное вмешательство может иметь риск для здоровья.

Понимаю, что во время анестезии, операции или после них могут появляться непредвиденные неблагоприятные обстоятельства. Врачам может потребоваться изменить доведённый до моего сведения план лечения. Может потребоваться дополнительная операция, может удлиниться срок лечения.

Осознавая всё вышеизложенное я добровольно даю своё согласие на медицинскую эвакуацию в РСЦ «НОКБ» для ангиографии с возможным проведением баллонной ангиопластики и стентирования поражённой коронарной артерии в условиях местной анестезии.

« ____ » _____ 20__ г. Подпись больного: _____

« ____ » _____ 20__ г. Подпись врача: _____

ФИО врача, получившего согласие _____

Перечень сокращений

- LAMS – Шкала догоспитальной оценки тяжести инсульта
- NIHSS – шкала тяжести инсульта Национального института здоровья США
- АД – артериальное давление
- АКШ – аортокоронарное шунтирование
- АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое время
- БРИТ – блок реанимации и интенсивной терапии
- ВАШ – визуальная аналоговая шкала боли
- ВЭМ – велэргометрия
- ВСТЭ – внутрисосудистая тромбэмболэктомия или тромбэкстракция
- ВВ ТЛТ – внутривенная тромболитическая терапия
- ИМ – инфаркт миокарда
- КАГ – коронарная ангиография
- ЛНПГ – левая ножка пучка Гиса
- МКБ 10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра
- МНО – международное нормализованное отношение
- МО – медицинская организация
- МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография
- ОКС – острый коронарный синдром
- ОКСБПST – острый коронарный синдром без подъёма сегмента ST
- ОКСпST – острый коронарный синдром с подъёмом сегмента ST
- ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения
- ПСО – первичные сосудистые отделения
- ПМСП – медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь
- РСЦ – региональный сосудистый центр
- СМП – скорая медицинская помощь
- ТЛТ – тромболитическая терапия
- ТШХ – тест шестиминутной ходьбы
- ЦРБ – центральная районная больница
- ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство
- ШРМ – Шкала реабилитационной маршрутизации
- ЭКГ – электрокардиография