



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

ПРИКАЗ

от «30» 09 2025 г.

№ 271-п

г. Махачкала

Об утверждении Порядка маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в части достижения эффективной диагностики прогрессирования ишемической болезни сердца и развития ее осложнений у пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением на территории Республики Дагестан

В целях совершенствования системы оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями и снижения смертности от болезней системы кровообращения в Республике Дагестан, реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», входящего в национальный проект «Продолжительная и активная жизнь», достижения планового на 2025 год значения мероприятия (результата) «На основе своевременной и современной диагностики обеспечена профилактика прогрессирования ишемической болезни сердца и развития ее осложнений у пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением»

приказы в а ю:

1. Утвердить Порядок маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (далее – Порядок) (приложение № 1).

1.1. Регламент маршрутизации на проведение отдельных видов исследований с сердечно-сосудистыми заболеваниями (приложение № 2).

2. Создать специализированную структуру – Центр управления сердечно-сосудистыми рисками (Мониторинговый Центр) на базе ГБУ РД «Республиканская клиническая больница им. А.В. Вишневского» (далее – Центр) (приложение № 3).

2.1. Главному врачу ГБУ РД «Республиканская клиническая больница им. А.В. Вишневского» Темирболатову М.Д. организовать работу Центра на базе ГБУ РД «Республиканская клиническая больница им. А.В. Вишневского» до 25.12.2025 г.

3. Руководителям медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь взрослому населению, обеспечить организацию маршрутизации

пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в соответствии с приложениями № 1-3 к настоящему приказу.

4. Главным внештатным специалистам Министерства здравоохранения Республики Дагестан по кардиологии, неврологии, функциональной диагностике, ультразвуковой диагностике диагностике, лучевой и инструментальной диагностике, реабилитации, паллиативной помощи, аритмологии, рентгенэндоваскулярной хирургии, сердечно-сосудистой хирургии, сосудистой хирургии, нейрохирургии:

4.1. Осуществлять организационно-методическую помощь Центру.

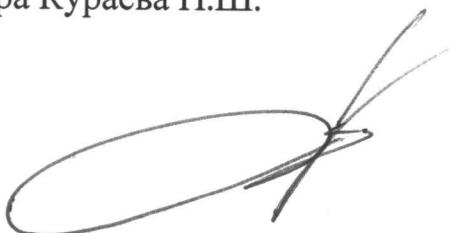
4.2. Осуществлять контроль за соблюдением регламентов маршрутизации по своим направлениям.

4.3. Организовать проведение учебно-образовательных мероприятий для медицинских работников по ведению регламентов в медицинских организациях Республики Дагестан.

5. Настоящий приказ направить для опубликования на официальном сайте Минздрава РД.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя министра Кураева Н.Ш.

Министр



Я.Н. Глазов

Приложение № 1
к приказу Минздрава РД
от «30» сентября 2025 г. № 271-Л

I. ПОРЯДОК МАРШРУТИЗАЦИИ

1. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в амбулаторных условиях

Таблица № 1

Наименование медицинской организации	Численность прикрепленного населения, округленная до 10 000 населения.	Фактический адрес	Зоны ответственности	Профиль помощи (кардиология/ неврология/ССХ)
Учреждения, оказывающие консультативную помощь по профилю и осуществляющие диспансерное наблюдение				
ГБУ РД "Агульская ЦРБ"	10377	368380, Республика Дагестан, Агульский р-н, с. Тпиг, ул. Гусаева С.М., 5	Агульский	неврология
ГБУ РД "Акушинская ЦРБ"	54864	368280, Республика Дагестан, Акушинский р-н, с. Акуша, ул. Алимахова, 2	Акушинский	неврология кардиология
ГБУ РД "Ахвахская ЦРБ"	25033	368990, Республика Дагестан, Ахвахский р-н, с. Карата, ул. Бокохинская, 40	Ахвахский	неврология кардиология
ГБУ РД "Ахтынская ЦРБ"	31787	368730, Республика Дагестан, Ахтынский р-н, с. Ахты, ул. Ленина, 10	Ахтынский	неврология кардиология
ГБУ РД "Бабаюртовская ЦРБ"	53972	368060, Республика Дагестан, Бабаюртовский р-н, с. Бабаюрт, ул. Ирчи Казака, 13	Бабаюртовский	неврология кардиология
ГБУ РД "Белиджинская УБ"	21904	368615, Республика Дагестан, Дербентский р-н, пгт. Белиджи, ул. Арухова, 80	п.Белиджи	неврология кардиология

ГБУ РД "Ботлихская ЦРБ"	61753	368971, Республика Дагестан, Ботлихский р-н, с. Ботлих, ул. Имама Газимагомеда, 26	Ботлихский	Неврология
ГБУ РД "Буйнакская ЦГБ"	69554	368222, Республика Дагестан, г. Буйнакск, ул. Ярагского, 42	г.Буйнакск	неврология кардиология
ГБУ РД "Буйнакская ЦРБ"	86029	368220, Республика Дагестан, г. Буйнакск, ул. Ленина, 87	Буйнакский	nevрология кардиология
ГБУ РД "Гергебильская ЦРБ"	20345	368250, Республика Дагестан, Гергебильский р-н, с. Гергебиль, ул. Сталина, 20	Гергебильский	Неврология кардиология
ГБУ РД "Гериатрический центр"	22077	367009, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Орджоникидзе, 73	г.Махачкала	Неврология кардиология
ГБУ РД "ГКБ"	71372	367007, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Лаптиева, 55/А	Г.Махачкала	неврология кардиология
ГБУ РД "Гумбетовская ЦРБ"	21505	368930, Республика Дагестан, Гумбетовский р-н, с. Мехельта, ул. Центральная, 132	Гумбетовский	неврология кардиология
ГБУ РД "Гунибская ЦРБ"	30336	368340, Республика Дагестан, Гунибский р-н, с. Гуниб, ул. имени Николая Пирогова, 13	Гунибский	неврология кардиология
ГБУ РД "Дахадаевская ЦРБ"	36363	368570, Республика Дагестан, Дахадаевский р-н, с. Уркарах, ул. Курбанова Сулейбана Курбановича, 38	Дахадаевский	nevрология кардиология
ГБУ РД "Дербентская ЦГБ"	127084	368600, Республика Дагестан, г. Дербент, ул. У.Буйнакского, 43	Г.Дербент	неврология кардиология
ГБУ РД "Дербентская ЦРБ"	100734	368608, Республика Дагестан, г. Дербент, ул. Ю.Гагарина, 15	Дербентский	неврология кардиология
ГБУ РД "Докузпаринская ЦРБ"	15241	368755, Республика Дагестан, Докузпаринский р-н,	Докузпаринский	неврология кардиология

		с. Усухчай, ул. Багишева, 42		
ГБУ РД "ДП №1"	31488	367010, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр-кт Гамирова, 79	Г.Махачкала	неврология кардиология
ГБУ РД "ДП №2"	45478	367026, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр-кт И.Шамиля, 8	Г.Махачкала	неврология кардиология
ГБУ РД "ДП №3"	52567	367009, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Поповича, 33	Г.Махачкала	неврология кардиология
ГБУ РД "ДП №5"	46347	367010, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр-кт Гамирова, 79	Г.Махачкала	nevрология кардиология
ГБУ РД "Избербашская ЦГБ"	58322	368502, Республика Дагестан, г. Избербаш, пр-кт Ленина, 4	Г.Избербаш	неврология кардиология
ГБУ РД "Казбековская ЦРБ"	51400	368140, Республика Дагестан, Казбековский р-н, с. Дылым	Казбековский	неврология кардиология
ГБУ РД "Кайтагская ЦРБ"	33519	368590, Республика Дагестан, Кайтагский р-н, с. Маджалис, ул. Больничная, 16	Кайтагский	неврология кардиология
ГБУ РД "Карабудахкентская ЦРБ"	103321	368530, Республика Дагестан, Карабудахкент с, ул. Космонавтов, 1	Карабудахкентский	неврология кардиология
ГБУ РД "Каспийская ЦГБ"	129833	368304, Республика Дагестан, г. Каспийск, ул. Азиза Алиева, 2	Г.Каспийск	неврология кардиология
ГБУ РД "Каякентская ЦРБ"	60110	368554, Республика Дагестан, Каякентский р-н, с. Каякент, ул. Ш. Шихсаидова, 33	Каякентский	неврология кардиология
ГБУ РД "Кизилортовская ЦГБ"	50403	368124, Республика Дагестан, г. Кизилорт, ул. Шоссейная-Аскерханова, 11	Г.Кизилорт	неврология кардиология
ГБУ РД "Кизилортовская ЦРБ"	76783	368124, Республика Дагестан, г.	Кизилортовский	неврология кардиология

		Кизилюрт, ул. Гагарина, 110		
ГБУ РД "Кизлярская ЦГБ"	53441	368830, Республика Дагестан, г. Кизляр, ул. Победы, 48	Г.Кизляр	неврология кардиология
ГБУ РД "Кизлярская ЦРБ"	79806	368870, Республика Дагестан, г. Кизляр, ул. Радищева, 7	Кизлярски й	неврология кардиология
ГБУ РД "Кочубейская МСЧ"	7965	368880, Республика Дагестан, Тарумовский р-н, с. Кочубей, ул. Советская, 1	П.Кочубей	неврология
ГБУ РД "Кулинская ЦРБ"	10511	368390, Республика Дагестан, Кулинский р-н, с. Вачи, ул. Ахмедхана Султана, 15	Кулинский	nevрология
ГБУ РД "Кумторкалинс кая ЦРБ"	29603	368110, Республика Дагестан, Кумторкалинский р- н, с. Коркмаскала, ул. Ленина, 3	Кумторкал инский	nevрология кардиология
ГБУ РД "Курахская ЦРБ"	14909	368180, Республика Дагестан, Курахский р-н, с. Курах, ул. Назаралиева, 19	Курахский	nevрология
ГБУ РД "Лакская ЦРБ"	12177	368360, Республика Дагестан, Лакский р- н, с. Кумух, ул. Сурхайхана, 1	Лакский	nevрология кардиология
ГБУ РД "Левашинская ЦРБ"	82449	368320, Республика Дагестан, Левашинский р-н, с. Леваши	Левашинск ий	nevрология кардиология
ГБУ РД "Магарамкентс кая ЦРБ"	55463	368780, Республика Дагестан, Магарамкентский р-н, с. Магарамкент, ул. Буйнакская, 1	Магарамке нтский	nevрология кардиология
ГБУ РД "Новолакская РБ №1 (Новострой)"	11220	368040, Республика Дагестан, Новолакский р-н, с. Новолакское	Новолакск ий	nevрология кардиология
ГБУ РД "Новолакская ЦРБ им.Н.М.Мирзо ева"	23247	368160, Республика Дагестан, Новолакский р-н, с. Новолакское	Новолакск ий	nevрология кардиология

ГБУ РД "Ногайская ЦРБ"	17417	368850, Республика Дагестан, Ногайский р-н, с. Терекли-Мектеб, ул. Станкевич, 1	Ногайский	nevрология кардиология
ГБУ РД "Поликлиника №2"	63200	367010, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр-кт И.Шамиля, 87/б	г.Махачкал а	nevрология кардиология
ГБУ РД "Поликлиника №3"	31637	367013, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр-кт Гамирова, 10	г.Махачкал а	nevрология кардиология
ГБУ РД "Поликлиника №4"	52681	367010, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Пирогова, 3	г.Махачкал а	nevрология кардиология
ГБУ РД "Поликлиника №5"	31287	367015, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Гагарина, 25	г.Махачкал а	nevрология кардиология
ГБУ РД "Поликлиника №6"	41659	367026, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр-кт И.Шамиля, 27	г.Махачкал а	nevрология кардиология
ГБУ РД "Поликлиника №7"	64033	367009, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Поповича, 35	г.Махачкал а	nevрология кардиология
ГБУ РД "Поликлиника №8"	64988	367014, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Хуршилова, 14	г.Махачкал а	nevрология кардиология
ГБУ РД "Поликлиника №9"	36510	367026, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр-кт И.Шамиля, 6	г.Махачкал а	nevрология кардиология
ГБУ РД "Рутульская ЦРБ"	20343	368700, Республика Дагестан, Рутульский р-н, с. Рутул, ул. Центральная, 653	Рутульский	nevрология
ГБУ РД "Сергокалинская ЦРБ"	26678	368510, Республика Дагестан, Сергокалинский р-н, с. Сергокала, ул. Махачкалинская, 81	Сергокалинский	nevрология кардиология
ГБУ РД "Сулейман-	57293	368761, Республика Дагестан, Сулейман-Стальский р-н, с.	С.Стальски й	Неврология

Стальская ЦРБ"		Касумкент, ул. Мира, 134		
ГБУ РД "Табасаранская ЦРБ"	52690	368650, Республика Дагестан, Табасаранский р-н, с. Хучни, ул. Больничная,1	Табасаранский	неврология кардиология
ГБУ РД "Тарумовская ЦРБ"	35611	368870, Республика Дагестан, Тарумовский р-н, с. Тарумовка, ул. Колхозная, 33А	Тарумовский	неврология кардиология
ГБУ РД "Тляратинская ЦРБ"	24092	368420, Республика Дагестан, Тляратинский р-н, с. Тох-Орда, ул. Дагестанская, 64	Тляратинский	неврология кардиология
ГБУ РД "Унцукульская ЦРБ"	32066	368940, Республика Дагестан, Унцукульский р-н, с. Унцукуль, ул. Абдулаева Абдулсатарап Якуб,4	Унцукульский	nevрология кардиология
ГБУ РД "Хасавюртовская ЦРБ"	159252	368006, Республика Дагестан, г. Хасавюрт, ул. Алиева, 21	Г.Хасавюрт	nevрология кардиология
ГБУ РД "Хасавюртовская ЦРБ"	176314	368006, Республика Дагестан, г. Хасавюрт, ул. Тотуриева, 68	Хасавюртовский	nevрология кардиология
ГБУ РД "Хивская ЦРБ"	20536	368680, Республика Дагестан, Хивский р-н, с. Хив, ул. Больничная, 11	Хивский	nevрология кардиология
ГБУ РД "Хунзахская ЦРБ"	31486	368273, Республика Дагестан, Хунзахский р-н, с. Арапи, ул. Наби Кураева, 1	Хунзахский	nevрология кардиология
ГБУ РД "ЦГБ ГО" город Дагестанские Огни"	32330	368670, Республика Дагестан, г. Дагестанские Огни, ул. Революции, 52	Г.Даг.Огни	nevрология кардиология
ГБУ РД "ЦРБ БУ Цунтинского района"	8322	368410, Республика Дагестан, Цунтинский р-н, с. Бежта, ул. Ленина, 1	Цунтинский	Неврология
ГБУ РД "Цумадинская ЦРБ"	27493	368900, Республика Дагестан, Цумадинский р-н, с.	Цумадинский	nevрология кардиология

		Кочали, ул. Больничная, 16		
ГБУ РД "Цунтинская ЦРБ"	13055	368412, Республика Дагестан, Цунтинский р-н, с. Кидеро, ул. М.Шапиева, 12	Цунтинский	Неврология
ГБУ РД "Чародинская ЦРБ"	14422	368450, Республика Дагестан, Чародинский р-н, с. Цуриб, ул. Чародинская, 10	Чародинский	Неврология
ГБУ РД "Шамильская ЦРБ"	31222	368430, Республика Дагестан, Шамильский р-н, с. Хебда, ул. Имама Шамиля, 13	Шамильский	неврология кардиология
ГБУ РД "Южно-Сухокумская ЦГБ"	10618	368890, Республика Дагестан, г. Южно-Сухокумск, ул. Комарова, 1	г.Ю.Сухокумск	неврология

Учреждения, оказывающие только консультативную помощь по профилю

ГБУ РД «РКБ»	3232224	367010, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ляхова, 47	Республика Дагестан	неврология кардиология сердечно-сосудистая хирургия
ГБУ РД «ДРКБ	3232224	367027, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр-кт А.Акушинского 7-я линия, 2/А	Республика Дагестан	неврология кардиология
ГБУ РД «РКД	3232224	367008, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Гоголя, 41	Республика Дагестан	кардиология

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

Принципы организации и осуществления первичной медико-санитарной помощи изложены в Приказе № 202н. При наличии показаний врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-участковыми цехового врачебного участка, врачами-специалистами, средними медицинскими работниками пациент с подозрением на наличие или с установленным ССЗ должен быть направлен к

врачу-специалисту (врачу-кардиологу, врачу-неврологу, врачу ССХ). В соответствии с Приказом № 918н при отсутствии медицинских показаний к оказанию медицинской помощи в стационарных условиях пациента направляют в кардиологический кабинет МО для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-кардиологами, врачами-неврологами, врачами ССХ, врачами по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению¹.

Сроки проведения консультаций врачей-специалистов не должны превышать 14 рабочих дней со дня обращения пациента в МО2. Сроки проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований не должны превышать 14 рабочих дней со дня назначения исследований².

Порядок маршрутизации пациентов с подозрением на наличие или установленным ССЗ осуществляется путем направления их из учреждений районного звена (учреждения 1-го уровня) в межрайонные кардиологические отделения медицинских организаций (учреждения 2-го уровня), далее при необходимости в учреждения 3-го уровня (республиканские ГБУ) и далее, по необходимости на ВМП за пределы РД.

Данная работа проводится на основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. №918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 декабря 2012 г., регистрационный № 26483), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2014 г. № 171н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 апреля 2014 г., регистрационный № 32170), от 22 февраля 2019 г. № 89н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 мая 2019 г., регистрационный № 54730) от 21 февраля 2020 г. № 114н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июля 2020 г., регистрационный № 59083).

Целевая модель предполагает построение эффективной схемы первичной диагностики заболевания. В соответствии с действующими клиническими рекомендациями диагноз ишемической болезни сердца устанавливается на основании¹:

1. Совокупности жалоб (клиника стенокардии – стабильной или нестабильной);
2. Данных анамнеза (наличие факторов риска ССО, приводящих к развитию атеросклероза);

3. Выявления с помощью диагностических методов обследования (нагрузочных и визуализирующих тестов) скрытой коронарной недостаточности на фоне вероятного коронарного атеросклероза (ишемии миокарда).

1.3. Особенности описания жалоб при ИБС

На этапе диагностики проводится анализ жалоб и сбор анамнеза у всех пациентов с подозрением на ИБС. Самой частой жалобой при стенокардии напряжения, как наиболее распространенной форме стабильной ИБС, является боль в груди.

С целью выявления клиники стенокардии медицинский работник (врач) расспрашивает пациента с подозрением на ИБС о наличии болевого синдрома в грудной клетке, характере, частоте и обстоятельствах возникновения и прекращения.

Признаки типичной (несомненной) стенокардии напряжения:

- 1) боль (или дискомфорт) в области грудины, возможно, с иррадиацией в левую руку, спину или нижнюю челюсть, реже — в эпигастральную область, длительностью от 2 до 5 (менее 20) мин. Эквивалентами боли бывают: одышка, ощущение «тяжести», «ожжения»;
- 2) вышеописанная боль возникает во время физической нагрузки или выраженного психоэмоционального стресса;
- 3) вышеописанная боль быстро исчезает после прекращения физической нагрузки или через 1–3 минуты после приема нитроглицерина.

Для подтверждения диагноза типичной (несомненной) стенокардии необходимо наличие у пациента всех трех вышеперечисленных признаков одновременно. Эквивалентом физической нагрузки может быть кризовое повышение артериального давления с увеличением нагрузки на миокард, а также обильный прием пищи, выход на холод, ветер, эмоциональный стресс. Диагноз атипичной стенокардии ставится, если у пациента присутствуют любые два из трех вышеперечисленных признаков типичной стенокардии.

Признаки неангинозных (нестенокардитических) болей в грудной клетке:

- 1) боли локализуются попеременно справа и слева от грудины;
- 2) боли носят локальный, «точечный» характер;
- 3) боли продолжаются более 30 минут после возникновения (до нескольких часов или суток), могут быть постоянными, «простреливающими» или «внезапно прокалывающими»;
- 4) боли не связаны с ходьбой или иной физической нагрузкой, однако зависят от положения тела: возникают при наклонах и поворотах корпуса, в положении лежа (за исключением стенокардии «decubitus» — истинной стенокардии, возникающей в лежачем положении в результате увеличения венозного возврата и увеличения преднагрузки на сердце с увеличением потребности миокарда в кислороде), при длительном

- нахождении тела в неудобном положении, при глубоком дыхании на высоте вдоха;
- 5) боли не купируются приемом нитроглицерина;
 - 6) боли усиливаются при пальпации грудины и/или грудной клетки по ходу межреберных промежутков.

Особенностью болевого синдрома в грудной клетке при вазоспастической стенокардии является то, что болевой приступ, как правило, очень сильный, локализуется в «типовом» месте — в области грудины. Нередко такие приступы случаются ночью и рано утром, а также при воздействии холода на открытые участки тела.

Особенностью болевого синдрома в грудной клетке при микрососудистой стенокардии является то, что ангинозная боль по качественным признакам и локализации соответствует стенокардии, но возникает через некоторое время после физической нагрузки, а также при эмоциональном напряжении, может возникать в покое и плохо купируется органическими нитратами.

Наличие болевого синдрома в грудной клетке должно, прежде всего, настороживать в отношении приступов стенокардии, затем следует искать другие заболевания, которые могут давать сходную симптоматику. Необходимо учитывать, что боль любого генеза (невралгии, гастралгии, боли при холецистите и др.) может провоцировать и усиливать имеющуюся стенокардию.

1.4. Особенности сбора анамнеза при ИБС

У всех пациентов с подозрением на ИБС во время сбора анамнеза уточняется информация о:

- курении в настоящее время или в прошлом с целью выявления факторов риска.
- случаях ССЗ у ближайших родственников пациента (отец, мать, родные братья и сестры) с целью выявления факторов риска.
- случаях смерти от ССЗ ближайших родственников (отец, мать, родные братья и сестры) с целью выявления факторов риска.
- предыдущих случаях обращения за медицинской помощью и о результатах таких обращений.
- наличии ранее зарегистрированных электрокардиограмм, результатов других инструментальных исследований и заключений по этим исследованиям с целью оценки изменений различных показателей в динамике.
- известных сопутствующих заболеваниях с целью оценки дополнительных рисков.
- всех принимаемых в настоящее время лекарственных препаратах с целью коррекции терапии.

- всех препаратах, прием которых ранее был прекращен из-за непереносимости или неэффективности для снижения риска аллергических и анафилактических реакций, а также оптимального выбора медикаментозных препаратов.

При опросе пациента о жалобах (клиника стенокардии) и других клинических проявлениях ИБС для повышения эффективности диагностики врачом может быть использован опросник Роуза для выставления предварительного диагноза ИБС¹.

1.5. Определение предтестовой вероятности и инструментальные методы обследования

Всем пациентам с подозрением на ИБС при первичном обращении к врачу-терапевту или врачу-кардиологу рекомендована оценка предтестовой вероятности (далее – ПТВ).

ПТВ — это простой показатель вероятности наличия ИБС у пациента, который базируется на оценке характера боли в грудной клетке, возраста и пола. Модель расчета ПТВ была получена в крупных популяционных исследованиях. По результатам оценки пациенты ранжируются в 3 группы:

- ПТВ считается очень низкой при значении <5% (ежегодный риск сердечно-сосудистой смерти или острого инфаркта миокарда <1% в год). В этом случае диагноз ИБС может быть исключен после первичного обследования, не выявившего факторов, повышающих ПТВ.

- ПТВ 5–15% в целом обеспечивает хороший прогноз (ежегодный риск сердечно-сосудистой смерти или острого инфаркта миокарда <1% в год), но при наличии дополнительных клинических факторов, повышающих вероятность ИБС, или явных симптомов, после проведения первичного обследования может потребовать выполнения дополнительного специфического обследования.

- ПТВ >15% является умеренной и требует проведения не только первичного обследования, но и дополнительных специфических методов диагностики ИБС.

Первичное обследование не является специфичным при диагностике стабильной ИБС, но позволяет выявить факторы, повышающие предтестовую вероятность ИБС, и в ряде случаев обнаружить достаточно характерные для ИБС признаки, например, рубцовые изменения на ЭКГ или нарушения локальной сократимости при ЭхоКГ.

Базисное обследование включает в себя выполнение:

- базового лабораторного обследования,
- ЭКГ в покое,
- ЭхоКГ в покое.

При наличии показаний базисное обследование может быть расширено.

К дополнительным методам относятся:

- Рентгенография органов грудной клетки,
- ХМ-ЭКГ,
- оценка индекса коронарного кальция с помощью МСКТ КА,
- дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий,
- МРТ сердца,
- нагрузочная ЭКГ.

По итогам первого этапа диагностики ИБС у врача должно быть представление о ПТВ, дополнительных факторах риска и результаты базисного обследования, повышающих или понижающих вероятность ИБС. На основании данных показателей необходимо выбрать методы подтверждения ИБС для каждого конкретного пациента.

1.6. Алгоритм инструментальных методов диагностики при постановке диагноза ИБС

Подтверждающие тесты делятся на функциональные (стресс-тесты, радионуклидная диагностика, МРТ) и анатомические (МСКТ КА, инвазивная КАГ). Другая классификация подразумевает разделение на неинвазивные и инвазивные методики. Общий подход к подтверждению ИБС заключается в необходимости подтверждения ишемии по данным функциональных методов с последующим поиском субстрата ишемии по данным анатомических методов. При этом, следует начинать с неинвазивных методов с дальнейшим переходом к инвазивным. В зависимости от результатов первого этапа диагностики ИБС подтверждающее обследование может выглядеть следующим образом¹:

- Пациентам с очень низкой ПТВ (<5%) при отсутствии факторов, повышающих ПТВ или при наличии факторов, снижающих ПТВ, рекомендуется ограничиться проведенной оценкой ПТВ и первичным обследованием, позволяющими убедительно отвергнуть диагноз ИБС;
- Пациентам с очень низкой ПТВ ИБС (<5%) и факторами высокого риска ССО (фракция выброса левого желудочка менее 35% или стенозы ≥50% по данным МСКТ КА) рекомендуется проведение дополнительных специфических неинвазивных визуализирующих диагностических тестов для подтверждения или исключения диагноза ИБС;
- Пациентам с низкой ПТВ (5–15%) и типичными симптомами и/или факторами, повышающими ПТВ рекомендуется проведение дополнительных специфических неинвазивных визуализирующих тестов для подтверждения или исключения диагноза ИБС;
- Пациентам с умеренной ПТВ (>15%) рекомендуется проведение дополнительных специфических неинвазивных визуализирующих тестов для подтверждения или исключения диагноза ИБС.

Общий алгоритм первичной диагностики ИБС в зависимости от уровня ПТВ представлен на рисунке 1. Оптимальным функциональным методом

диагностики ИБС в общей популяции является стресс-ЭхоКГ. Данная методика заключается в создании контролируемой нагрузки на сердце (физическая нагрузка, фармакологическая проба или чреспищеводная стимуляция) с одновременной оценкой функции сердца по данным ЭхоКГ. При невозможности проведения стресс-ЭхоКГ альтернативными функциональными методами являются радионуклидные технологии: сцинтиграфия миокарда с функциональными пробами, стресс-ОФЭКТ или стресс-ПЭТ¹.

Дополнительным методом первичной диагностики ИБС является стресс-МРТ сердца - современная методика, сочетающая преимущества магнитно-резонансной томографии с возможностями нагрузочных проб. Этот подход обеспечивает комплексную оценку как перфузии, так и жизнеспособности миокарда. Выбор конкретного диагностического метода осуществляется индивидуально с учетом технической оснащенности медицинской организации, особенностей клинического случая и диагностических возможностей каждого исследования. Все перечисленные методики объединены общей целью - выявление ишемии миокарда и оценка функционального значения выявленных изменений коронарного русла.

Анатомические тесты чаще всего нужны при планировании реваскуляризации миокарда или для стратификации риска ИБС. Наиболее обоснованным анатомическим методом, стремительно входящим в клиническую практику, является МСКТ КА. Он позволяет неинвазивно определить субстрат поражения эпикардиальных КА и сопоставить его с данными функциональных тестов.

Инвазивную коронарографию (далее – КАГ), дополненную измерением фракционного резерва кровотока или моментального резерва кровотока, рекомендовано проводить для стратификации риска ССО у пациентов с неинформативными или противоречивыми результатами неинвазивных исследований, а также для выбора способа оперативного лечения и планирования его объема и тактики. Детальней информация по инструментальным методам диагностики представлена в соответствующем разделе.

Оценка ПТВ, первичное обследование пациентов с подозрением на ИБС и решение о необходимости выполнения дополнительных специфических методов диагностики должны быть выполнены на уровне первичного звена здравоохранения врачом-терапевтом или врачом-кардиологом¹.

Наибольшие сложности при построении Целевой модели первичной диагностики вызывает повышение доступности диагностических методов обследования (нагрузочных и визуализирующих тестов) скрытой коронарной недостаточности.

1.7. Постановка под диспансерное наблюдение после выявления сердечно-сосудистых заболеваний

1. Диспансерному наблюдению подлежат лица, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) или имеющие высокий и очень высокий сердечно-сосудистый риск их развития, а также лица, находящиеся в восстановительном периоде после перенесенных острых сердечно-сосудистыми событий. В рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации) организуется проведение профилактического медицинского осмотра.

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

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

3. Организацию диспансерного наблюдения в медицинской организации осуществляет руководитель медицинской организации либо уполномоченный им заместитель руководителя медицинской организации (далее - руководитель).

Руководитель обеспечивает:

1) охват диспансерным наблюдением лиц страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) или имеющие высокий и очень высокий сердечно-сосудистый риск их развития, а также лица, находящиеся в восстановительном периоде после перенесенных острых сердечно-сосудистыми событий, не менее 70%;

2) охват диспансерным наблюдением лиц старше трудоспособного возраста, из числа подлежащих ему, не менее 90%;

3) достижение целевых значений показателей состояния здоровья в соответствии с клиническими рекомендациями;

4) сокращение числа обращений по поводу обострений хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы среди лиц, находящихся под диспансерным наблюдением;

5) снижение числа вызовов скорой медицинской помощи среди лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, в связи с обострением или осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы, по поводу которых лица находятся под диспансерным наблюдением;

6) уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением;

7) уменьшение числа госпитализаций, в том числе по экстренным медицинским показаниям, в связи с обострением или осложнениями заболеваний, по поводу которых лица находятся под диспансерным

наблюдением;

8) снижение показателей смертности, в том числе внебольничной смертности, лиц, находящихся под диспансерным наблюдением.

Руководитель ежемесячно, не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным, организует обобщение и проводит анализ результатов диспансерного наблюдения за лицами, находящимися на медицинском обслуживании в медицинской организации, с целью оптимизации проведения диспансерного наблюдения лиц с ССЗ.

4. Диспансерное наблюдение осуществляют следующие медицинские работники медицинской организации (структурного подразделения иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность), где пациент получает первичную медико-санитарную помощь:

1) врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач) (далее - врач-терапевт);

2) врачи-кардиологи;

3) врач по медицинской профилактике (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья;

4) фельдшер (акушер) фельдшерско-акушерского пункта, фельдшер фельдшерского здравпункта в случае возложения на них руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. N 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты»

5. При осуществлении диспансерного наблюдения медицинский работник, уполномоченный руководителем медицинской организации, обеспечивает:

1) формирование списков лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в отчетном году, их поквартальное распределение;

2) информирование лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в текущем году, или их законных представителей о необходимости явки в целях диспансерного наблюдения;

3) обучение пациентов навыкам самоконтроля показателей состояния здоровья, определенных врачом-терапевтом (фельдшером) или врачом-специалистом, осуществляющим диспансерное наблюдение, и алгоритмам действия в случае развития жизнеугрожающих состояний.

6. Наличие медицинских показаний для проведения диспансерного наблюдения, периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций), длительность диспансерного наблюдения, объем профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий определяются медицинским работником, указанным в пункте 6 настоящего Порядка приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (далее - приказ №168), в соответствии с настоящим Порядком, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций.

При проведении диспансерного наблюдения учитываются рекомендации врачей-специалистов, содержащиеся в медицинской документации пациента, в том числе вынесенные по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

7. Перечень ССЗ, функциональных расстройств, иных состояний, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение за взрослым населением врачом-терапевтом, Перечень ССЗ, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение за взрослым населением врачом-кардиологом, включая длительность и минимальную периодичность диспансерного наблюдения, определены в приложениях N 1 - 3 к Порядку приказа №168.

В случае проведения диспансерного наблюдения за пациентами с несколькими заболеваниями, перечень контролируемых показателей состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения должен включать все параметры, соответствующие каждому заболеванию.

8. В случае если пациент нуждается в диспансерном наблюдении врачом-специалистом по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и такой врач-специалист отсутствует в медицинской организации, в которой пациент получает первичную медико-санитарную помощь, врач-терапевт организует консультацию пациента соответствующим врачом-специалистом другой медицинской организации, в том числе с применением телемедицинских технологий, и осуществляет диспансерное наблюдение по согласованию и с учетом рекомендаций этого врача-специалиста.

9. Врач по медицинской профилактике (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, а также фельдшер, акушер пункта (для фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, расположенных в удаленной или труднодоступной местности) осуществляют диспансерное наблюдение за лицами, отнесенными по результатам профилактического медицинского осмотра и диспансеризации ко II группе здоровья, имеющими высокий или очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск, за исключением пациентов с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, которые подлежат диспансерному наблюдению врачом-

терапевтом.

10. Медицинский работник, указанный в пункте 6 Порядка приказа №168, при проведении диспансерного наблюдения:

- 1) устанавливает группу диспансерного наблюдения;
- 2) ведет учет лиц, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 3) информирует о порядке, объеме и периодичности диспансерного наблюдения;
- 4) организует и осуществляет проведение диспансерных приемов (осмотров, консультаций), профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий;
- 5) организует в случае невозможности посещения лицом, подлежащим диспансерному наблюдению, медицинской организации в связи с тяжестью состояния или нарушением двигательных функций проведение диспансерного приема (осмотра, консультации) в амбулаторных условиях, в том числе на дому;
- 6) организует консультацию пациента врачом-специалистом по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) другой медицинской организации, в том числе с применением телемедицинских технологий, и осуществляет диспансерное наблюдение по согласованию и с учетом рекомендаций этого врача-специалиста;
- 7) осуществляет при необходимости дистанционное наблюдение за пациентами в соответствии с порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

11. Диспансерный прием (осмотр, консультация) медицинским работником, указанным в пункте 6 Порядка приказа №168, включает:

- 1) оценку состояния лица, сбор жалоб и анамнеза, физикальное исследование, назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований;
- 2) установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);
- 3) оценку приверженности лечению и эффективности ранее назначенного лечения, достижения целевых значений показателей состояния здоровья, необходимую коррекцию проводимого лечения, а также повышение мотивации пациента к лечению;
- 4) проведение краткого профилактического консультирования и разъяснение лицу с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) или их осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи;
- 5) назначение по медицинским показаниям дополнительных профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в том числе направление пациента в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную,

медицинскую помощь, на санаторно-курортное лечение, в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного профилактического консультирования (индивидуального или группового).

12. Сведения о диспансерном наблюдении вносятся в медицинскую документацию пациента, а также в учетную форму N 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения (далее - контрольная карта).

13. Медицинский работник, указанный в пункте 6 Порядка приказа №168, проводит анализ результатов проведения диспансерного наблюдения на основании сведений, содержащихся в контрольных картах, при этом врач-терапевт, фельдшер, акушер пункта в том числе ведет учет лиц, находящихся под диспансерным наблюдением у врача-кардиолога, и формирует сводный план проведения диспансерного наблюдения для каждого лица с учетом всех заболеваний или состояний (групп заболеваний или состояний), по поводу которых оно нуждается в диспансерном наблюдении.

1.8. Перечень МО, оказывающих пациентам с ССЗ специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях, в экстренной, неотложной и плановой формах.

Таблица №2

Наименование медицинской организации	Численность прикрепленного населения, округленная до 10 000 населения.	Фактический адрес	Зоны ответственности	Форма оказания и профиль помощи (кардиология/неврология/ССХ)
ГБУ РД "НКО "ДЦК и ССХ"	3232224	367950, Республика Дагестан, г. Махачкала, р-н загородного пляжа "Черные камни"		Экстренная, неотложная, плановая кардиология Плановая Экстренная, неотложная, плановая ССХ
ГБУ РД "РКБ им. А.В.	3232224	367010, Республика	Кировский район	Экстренная, неотложная,

Наименование медицинской организации	Численность прикрепленного населения, округленная до 10 000 населения.	Фактический адрес	Зоны ответственности	Форма оказания и профиль помощи (кардиология/неврология/ССХ)
Вишневского"		Дагестан, г. Махачкала, ул. Ляхова, 47	г. Махачкала с прилегающими поселками (Семендер, Красноармейск, Ленинкент, Альбурикент, Шамхал, Шамхал - Термен, Сулак) Новострой Кумторкалинский район Сергокалинский район Ахвахский район Ботлихский район Гунибский район Гергебильский район Гумбетовский район ПСО ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ»	плановая кардиология Экстренная, неотложная, плановая nevрология Экстренная, неотложная, плановая ССХ

Наименование медицинской организации	Численность прикрепленного населения, округленная до 10 000 населения.	Фактический адрес	Зоны ответственности	Форма оказания и профиль помощи (кардиология/неврология/ССХ)
			«Кизлярская ЦГБ»	
ГБУ РД "РКБСМП"	3232224	367010, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Пирогова, 3	Советский район г. Махачкалы с прилегающими поселками (Тарки, Кяхулай) г. Избербаш Акушинский район, Каякентский район Левашинский район Лакский район Кулинский район Унцукульский район Тляратинский район Хунзахский район Цумадинский район	Экстренная, неотложная, плановая кардиология Экстренная, неотложная, плановая неврология Экстренная, неотложная, плановая ССХ
ГБУ РД "РКБ №2"	3232224	367010, Республика Дагестан, г.		Экстренная, неотложная, плановая кардиология

Наименование медицинской организации	Численность прикрепленного населения, округленная до 10 000 населения.	Фактический адрес	Зоны ответственности	Форма оказания и профиль помощи (кардиология/неврология/ССХ)
		Махачкала, ул. М.Гаджиева, 31		Экстренная, неотложная, плановая неврология
ГБУ РД "ГКБ"	759490	367007, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Лаптиева, 55/А	Ленинский район г. Махачкалы с прилегающими поселками (Турали, Новый Кяхулай, Новый Хушет) г. Каспийск Карабудахкентский район Цунтинский район Чародинский район Шамильский район Бежтинский участок	Экстренная, неотложная, плановая кардиология Экстренная, неотложная, плановая неврология Экстренная, неотложная, плановая ССХ
ГБУ РД "Дербентская ЦГБ"	127084	368600, Республика Дагестан, г. Дербент,	г. Дербент г. Дагестансkie Огни Дербентский район	Экстренная, неотложная, плановая кардиология Экстренная, неотложная,

Наименование медицинской организации	Численность прикрепленного населения, округленная до 10 000 населения.	Фактический адрес	Зоны ответственности	Форма оказания и профиль помощи (кардиология/неврология/ССХ)
		ул. У.Буйнакского, 43	С.Стальский район Рутульский район Табасаранский район Хивский район Ахтынский район Агульский район Дахадаевский район Докузпаринский район Курахский район Кайтагский район Магарамкентский район	плановая неврология Экстренная, неотложная, плановая ССХ
ГБУ РД "Кизлярская ЦГБ"	53441	368830, Республика Дагестан, г. Кизляр, ул. Победы, 48	г. Кизляр г. Южно-Сухокумск Кизлярский район Ногайский район Тарумовский район п. Кочубей	Экстренная, неотложная, плановая кардиология Экстренная, неотложная, плановая nevрология Экстренная, неотложная, плановая ССХ
ГБУ РД "Хасавюртовская ЦГБ"	159252	368006, Республика	г. Хасавюрт г. Кизилюрт	Экстренная, неотложная,

Наименование медицинской организации	Численность прикрепленного населения, округленная до 10 000 населения.	Фактический адрес	Зоны ответственности	Форма оказания и профиль помощи (кардиология/неврология/ССХ)
		Дагестан, г. Хасавюрт , ул. Алиева, 21	Хасавюртовский район Кизилюртовский район Бабаюртовский район Новолакский район Казбековский район	плановая кардиология Экстренная, неотложная, плановая nevрология Экстренная, неотложная, плановая ССХ
ГБУ РД "Кизилюртовская ЦГБ"	54403	368124, Республика Дагестан, г. Кизилюрт , ул. Шоссейная- Аскерханова, 11	г. Кизляр г. Южно- Сухокумск Кизлярский район Ногайский район Тарумовский район п. Коучубей	Экстренная, неотложная, плановая кардиология Экстренная, неотложная, плановая nevрология
ГБУ РД "Каспийская ЦГБ"	129833	368304, Республика Дагестан, г. Каспийск, ул. Азиза Алиева, 2		Экстренная, неотложная, плановая кардиология Экстренная, неотложная, плановая nevрология
ГБУ РД "Буйнакская ЦГБ"	69554	368220, Республика Дагестан, г. Буйнакск,	г. Буйнакск Буйнакский район	Экстренная, неотложная, плановая кардиология Экстренная, неотложная,

Наименование медицинской организации	Численность прикрепленного населения, округленная до 10 000 населения.	Фактический адрес	Зоны ответственности	Форма оказания и профиль помощи (кардиология/неврология/ССХ)
		ул. Ленина, 87		плановая nevрология Экстренная, неотложная, плановая ССХ
ГБУ РД "Унцукульская ЦРБ"	32066	368940, Республика Дагестан, Унцукульский р-н, с. Унцукуль, ул. Абдулаева Абдулсата Якуб, 4		Экстренная, неотложная, плановая кардиология Экстренная, неотложная, плановая nevрология
ГБУ РД "Ногайская ЦРБ"	17417	368850, Республика Дагестан, Ногайский р-н, с. Терекли- Мектеб, ул. Станкевич, ч, 1		Экстренная, неотложная, плановая кардиология Экстренная, неотложная, плановая nevрология
ГБУ РД "Хасавюртовская ЦРБ"	176314	368006, Республика Дагестан, г. Хасавюрт		Экстренная, неотложная, плановая кардиология Экстренная, неотложная,

Наименование медицинской организации	Численность прикрепленного населения, округленная до 10 000 населения.	Фактический адрес	Зоны ответственности	Форма оказания и профиль помощи (кардиология/неврология/CCX)
		, ул. Тотурбие ва, 68		плановая неврология

1.9. Направление на плановую госпитализацию пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Направление пациентов с ССЗ на плановую госпитализацию осуществляется в соответствии с действующей территориальной программой государственных гарантий и соответствующими нормативными правовыми актами Минздрава России: Приказом № 185н (вступает в силу с 01.09.2025), Приказом № 186н (вступает в силу с 01.09.2025), Приказом № 617н, Приказом № 796н (утрачивает силу 01.09.2025), Приказом № 824н (утрачивает силу 01.09.2025), Приказом № 918н, Приказом № 928н; Приказом № 1363н.

Направление на оказание специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной) в плановой форме осуществляется лечащим врачом. Определение показаний для высокотехнологичной медицинской помощи в плановой форме осуществляется врачебной комиссией МО, в которой пациенту оказывается первичная специализированная медико-санитарная помощь или специализированная медицинская помощь. Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор МО осуществляется в соответствии с направлением. В случае, если соответствующий вид помощи оказывает несколько МО, лечащий врач информирует гражданина о возможности выбора МО и направление заполняется в соответствии с предпочтением пациента⁴.

Сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи, в том числе для лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, не должны превышать 14 рабочих дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию^{5,6}.

Порядок маршрутизации на плановую госпитализацию пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (далее – ССЗ) осуществляется путем

направления их из учреждений районного звена (учреждения 1-го уровня) в межрайонные кардиологические отделения медицинских организаций (учреждения 2-го уровня), далее при необходимости в учреждения 3-го уровня (республиканские ГБУ) и далее, по необходимости на ВМП за пределы РД.

Решение о необходимости госпитализации принимает лечащий врач после согласования с заведующим отделением. Госпитализация осуществляется в плановом порядке, когда отсрочка оказания медицинской помощи не влечёт ухудшение состояния пациента и угрозу его жизни и здоровью.

При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи на 1 уровне и наличии медицинских показаний больной направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «кардиология» или «сердечно-сосудистая хирургия».

Специализированная, том числе высокотехнологичная медицинская помощь включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, том числе медицинская помощь врачами-кардиологами, врачами сердечно - сосудистыми хирургами, врачами по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению (при наличии в составе медицинской организации ангиографической установки), а также медицинскую реабилитацию.

Решение о необходимости направления больного для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи принимается врачебной комиссией медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, с привлечением при необходимости врачей-специалистов разных профилей.

В случае отсутствия медицинских показаний к специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, больной направляется под наблюдение врача-кардиолога, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-терапевта участкового цехового врачебного участка в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с рекомендациями по лечению.

Отбор и подготовка больных для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется на этапе первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи.

Для оказания специализированной медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями на II уровне в 5 крупных городах республики созданы кардиологические отделения в:

ГБУ РД «Городская клиническая больница» г. Махачкала будет

оказывать медицинскую помощь населению следующих административных территорий: Ленинский район г. Махачкалы с прилегающими поселками (Турали, Новый Кяхулай, Новый Хушет), г. Каспийск, Карабудахкентский район.

ГБУ РД «Буйнакская центральная городская больница» будет оказывать медицинскую помощь населению следующих административных территорий: Буйнакского, Ахвахского, Ботлихского, Гергебельского, Гунибского, Гумбетовского, Тляратинского, Унцукульского, Хунзахского, Цумадинского, Цунтинского, Шамильского, Чародинского районов, Бежтинского участка и г. Буйнакса.

ГБУ РД «Дербентская центральная городская больница» будет оказывать медицинскую помощь населению следующих административных территорий: Агульского, Ахтынского, Дербентского, Дахадаевского, Докузпаринского, Кайтакского, Курахского, Магарамкенского, С.Стальского, Табасаранского, Рутульского, Хивского районов и городов г. Даг. Огни и Дербент.

ГБУ РД «Кизлярская центральная городская больница» будет оказывать медицинскую помощь населению следующих административных территорий: Кизлярского, Тарумовского, Ногайского районов, пос. Кочубей гг.Ю-Сухокумск, Кизляр.

ГБУ РД «Хасавюртовская центральная городская больница им. Р.П. Аскерханова» будет оказывать медицинскую помощь населению следующих административных территорий: Бабаюртовского, Кизилюртовского, Казбековского, Новолакского, Хасавюртовского районов и г. Кизилорт.

На третьем этапе республиканскими учреждениями оказывается плановая специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь врачами-кардиологами, врачами сердечно - сосудистыми хирургами, врачами по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению.

1.10. Этапы направления

1. Обследование пациента. Перед госпитализацией проводят необходимые анализы и исследования, например, ЭКГ, эхокардиографию, холтеровское мониторирование ЭКГ. Результаты анализов должны быть действительны (срок годности зависит от вида исследования).

2. Принятие решения о госпитализации. Врачебная комиссия медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, решает, есть ли медицинские показания для госпитализации. При необходимости привлекают врачей-специалистов разных профилей.

3. Выдача направления. Лечащий врач оформляет направление по форме, установленной в медицинском учреждении, и заверяет его подписью

заведующего отделением.

4. Запись пациента в очередь. Заведующий отделением записывает направляемых больных по датам и времени госпитализации в зависимости от состояния пациента.

1.11. Необходимые документы

Для плановой госпитализации могут потребоваться:

- Направление на госпитализацию (форма №057/у). В нём указывают номер, дату, штамп и печать медицинского учреждения, выдавшего направление.
- Паспорт и страховой медицинский полис (подлинники и ксерокопии).
- СНИЛС (оригинал).
- Результаты предыдущих обследований (выписки, рентгеновские снимки, снимки КТ).

1.12. Сроки ожидания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи

- Сроки ожидания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи не должны превышать 30 дней;
- Сроки ожидания и объема оказания высокотехнологической медицинской помощи жителям Республики Дагестан как в регионе, так и за его пределами не должны превышать 30 дней.

⁴ Пункт 4 статьи 21 ФЗ № 323-ФЗ.

⁵ Требования к территориальной программе государственных гарантий, утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов».

⁶ Приказ № 617.

1.13. Направление на экстренную/неотложную госпитализацию пациентов с сердечно - сосудистыми заболеваниями.

Основными документами, регламентирующими экстренную/неотложную помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, являются Приказ № 796н, Приказ № 918н; Приказ № 919н; Приказ № 928н, Приказ № 931н.

В соответствии с Приказом № 796н, а с 01.09.2025 Приказом № 185н для получения специализированной медицинской помощи в экстренной или неотложной форме пациент доставляется выездной бригадой скорой медицинской помощи или самостоятельно обращается в МО. При оказании специализированной медицинской помощи в экстренной форме время от

момента доставки пациента выездной бригадой скорой медицинской помощи в МО или от момента самостоятельного обращения пациента в МО до установления предварительного диагноза не должно превышать 1 часа⁷.

Для пациентов с ССЗ, для которых не предусмотрен отдельный регламент маршрутизации, выбор МО осуществляется в соответствии с перечнем учреждений, оказывающих помощь по профилям «кардиология», «неврология» и «ССХ» в экстренном/неотложном порядке (таблица 2). Алгоритм предполагает госпитализацию в профильный стационар в наиболее короткие сроки.

Порядок маршрутизации на экстренную/неотложную госпитализацию пациентов сердечно-сосудистыми заболеваниями (далее – ССЗ) осуществляется путем направления их из учреждений районного звена (учреждения 1-го уровня) в межрайонные кардиологические отделения медицинских организаций (учреждения 2-го уровня), далее при необходимости в учреждения 3-го уровня (республиканские ГБУ) и далее, по необходимости на ВМП за пределы РД.

Медицинская помощь может быть оказана:

экстренно при внезапных острых заболеваниях (состояниях), обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

неотложно при внезапных острых заболеваниях (состояниях), обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

1. Первичная медицинская помощь больным кардиологического профиля на первом уровне осуществляется в виде
 - 1) Первой доврачебной медико-санитарной помощи медицинскими работниками со средним медицинским образованием в амбулаторных условиях до вызова скорой медицинской помощи.
 - 2) Первая врачебная медико-санитарная помощь оказывается амбулаторно или в условиях дневного стационара врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-терапевтами участковыми по территориально-участковому принципу до вызова скорой медицинской помощи.
 - 3) Далее пациент с сердечно-сосудистыми заболеваниями поступает в учреждения районного звена (учреждения 1-го уровня)

2. Второй уровень: Первичная специализированная медико-санитарная помощь больным кардиологического профиля.
При необходимости дообследовать больного в целях верификации диагноза и соблюдения стандартов обследования больной направляется сразу на второй уровень.

Для оказания экстренной/неотложной специализированной медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями на II уровне в 6 крупных

городах республики созданы кардиологические отделения в:

ГБУ РД «Городская клиническая больница» г. Махачкала будет оказывать медицинскую помощь населению следующих административных территорий: Ленинский район г. Махачкалы с прилегающими поселками (Турали, Новый Кяхулай, Новый Хушет), г. Каспийск, Карабудахкентский, Цунтинского, Чародинского, Шамильского районов и Бежтинского участка Цунтинского района.

ГБУ РД «Буйнакская центральная городская больница» будет оказывать медицинскую помощь населению следующих административных территорий: Буйнакского района и г. Буйнакска.

ГБУ РД «Дербентская центральная городская больница» будет оказывать медицинскую помощь населению следующих административных территорий: Агульского, Ахтынского, Дербентского, Дахадаевского, Докузпаринского, Кайтакского, Курахского, Магарамкенского, С.Стальского, Табасаранского, Рутульского, Хивского районов и городов г. Даг. Огни и Дербент.

ГБУ РД «Кизилюртовская центральная городская больница» будет оказывать медицинскую помощь населению следующих административных территорий: Кизилюртовского района и г. Кизилюрт.

ГБУ РД «Кизлярская центральная городская больница» будет оказывать медицинскую помощь населению следующих административных территорий: Кизлярского, Тарумовского, Ногайского районов, пос. Кочубей гг.Ю-Сухокумск, Кизляр.

ГБУ РД «Хасавюртовская центральная городская больница им. Р.П. Аскерханова» будет оказывать медицинскую помощь населению следующих административных территорий: Бабаюртовского, Казбековского, Новолакского, Хасавюртовского районов.

На втором уровне оказывается первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-кардиологами в стационарных условиях в кардиологических отделениях. При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний больной направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «кардиология» или «сердечно-сосудистая хирургия».

Специализированная, том числе высокотехнологичная медицинская помощь включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, том числе медицинская помощь врачами-кардиологами, врачами сердечно - сосудистыми хирургами, врачами по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению (при наличии в составе медицинской организации ангиографической установки), а также

медицинскую реабилитацию.

Решение о необходимости направления больного для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи принимается врачебной комиссией медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, с привлечением при необходимости врачей-специалистов разных профилей.

В случае отсутствия медицинских показаний к специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, больной направляется под наблюдение врача-кардиолога, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-терапевта участкового цехового вра�ебного участка в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с рекомендациями по лечению.

Отбор и подготовка больных для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется на этапе первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи.

3. Третий уровень - республиканские учреждения

На третьем этапе оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь врачами-кардиологами, врачами сердечно - сосудистыми хирургами, врачами по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению.

Больные, нуждающиеся в высокотехнологичной специализированной медицинской помощи, которая не проводится третьем этапе направляются в ФГУ сердечно-сосудистой хирургии за пределы республики.

Механизмы контроля:

- Сроков госпитализации в экстренном/неотложном порядке с момента вызова бригад скорой медицинской помощи, с момента постановки предварительного диагноза осуществляется путём анализа учетной формы №110/у «Карта вызова скорой медицинской помощи» и данных ГИС «РФ ЕГИСЗ РД»;
- Случаев непрофильной госпитализации осуществляется путём анализа учетной формы 003/у «Медицинская карта стационарного больного» и данных ГИС «РФ ЕГИСЗ РД»;
- Переводов из одних МО в другие в случае выявления ССЗ и (или) состояния, требующего оказания медицинской помощи в экстренной/неотложной форме осуществляется путём анализа учетной формы 003/у «Медицинская карта стационарного больного» и данных ГИС «РФ ЕГИСЗ РД».

⁷ Приказ № 796н (утрачивает силу 01.09.2025), Приказ № 185н (вступает в силу с 01.09.2025).

1.13. Схема маршрутизации при оказании экстренной/неотложной медицинской помощи и распределение по уровням медицинских организаций, участвующих в оказании специализированной медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями

Таблица №3

Учреждения 1 уровня, оказывающие первичную медико-санитарную помощь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями ГБУ РД	Учреждения 2 уровня, оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями ГБУ РД	Учреждения 3 уровня, оказывающие специализированную помощь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями ГБУ РД
«Буйнакская ЦРБ»	«Буйнакская ЦГБ»	«РКБ»
«Агульская ЦРБ»		
«Ахтынская ЦРБ»		
«Дахадаевская ЦРБ»		
«Дербентская ЦРП»		
«Белидженская УБ»		
«Докузпаринская ЦРБ»		
«Кайтакская ЦРБ»	«Дербентская ЦГБ»	«РКБ»
«Курахская ЦРБ»		
«Магарамкентская ЦРБ»		
«Рутульская ЦРБ»		
«С.Стальская ЦРБ»		
«Табасанарская ЦРБ»		
«Хивский ЦРБ»		
«ЦГБ ГО г. Даг. Огни»		
«Кизилюртовская ЦРБ»	«Кизилюртовская ЦГБ»	«РКБ»
«Кизлярская ЦРБ»		
«Ногайская ЦРБ»		
«Тарумовская ЦРБ»	«Кизлярская ЦГБ»	«РКБ»
«МСЧ п. Кочубей»		
«Ю-Сухокумская ЦГБ»		
«Хасавюртовская ЦРБ»		
«Бабаюртовская ЦРБ»		
«Новолакская ЦРБ»	«Хасавюртовская ЦГБ»	«РКБ»
«Казбековская ЦРБ»		
Ленинский район г. Махачкалы с прилегающими поселками	«ГКБ»	«РКБ»

Учреждения 1 уровня, оказывающие первичную медицинско-санитарную помощь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями ГБУ РД	Учреждения 2 уровня, оказывающие первичную специализированную медицинско- санитарную помощь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями ГБУ РД	Учреждения 3 уровня, оказывающие специализированную помощь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями ГБУ РД
(Турали, Новый Кяхулай, Новый Хушет), «Карабудахкентская ЦРБ» «Каспийская ЦГБ» «Цунтинская ЦРБ» «Бол. Бежтинского уч.» «Чародинская ЦРБ» «Шамильская ЦРБ»		
Советский район г. Махачкалы прилегающими поселками (Тарки, Кяхулай). «Акушинская ЦРБ» «Каякентская ЦРБ» «Кулинская ЦРБ» «Лакская ЦРБ» «Левашинская ЦРБ» «Избербашская ЦГБ» «Тляратинская ЦРБ» «Унцукульская ЦРБ» «Хунзахская ЦРБ» «Цумадинская ЦРБ»	–	«РКБ СМП»
Кировский район г. Махачкала с прилегающими поселками (Семендер, Красноармейск, Ленинкент, Альбурикент, Шамхал, Шамхал - Термен, Сулак) «Кумторкалинская ЦРБ» «Сергокалинская ЦРБ» «Новолакская РБ№1» «Ахвахская ЦРБ»	–	«РКБ»

Учреждения 1 уровня, оказывающие первичную медицинско-санитарную помощь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями ГБУ РД	Учреждения 2 уровня, оказывающие первичную специализированную медицинско- санитарную помощь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями ГБУ РД	Учреждения 3 уровня, оказывающие специализированную помощь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями ГБУ РД
«Ботлихская ЦРБ»		
«Гергебельская ЦРБ»		
«Гумбетовская ЦРБ»		
«Гунибская ЦРБ»		

1.14. Реабилитационные мероприятия и санаторно-курортное лечение после выявления ССЗ

Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение регулируются Приказом № 279н, Приказом № 788н. Медицинская реабилитация включает в себя комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций. Медицинская реабилитация осуществляется независимо от сроков заболевания, при условии стабильности клинического состояния пациента и наличия перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), когда риск развития осложнений не превышает перспективу восстановления функций (реабилитационный потенциал), при отсутствии противопоказаний к проведению отдельных методов медицинской реабилитации на основании установленного реабилитационного диагноза с использованием категорий международной классификации функционирования и шкалы реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ).

Медицинская реабилитация осуществляется МО всех уровней или иными организациями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность с указанием работ (услуг) по медицинской реабилитации.

Первый этап медицинской реабилитации рекомендуется осуществлять в структурных подразделениях МО, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях.

Второй этап медицинской реабилитации при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется в стационарных условиях в отделении медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции центральной нервной

системы, отделении медицинской реабилитации пациентов с соматическими заболеваниями, созданных в МО, в том числе в центрах медицинской реабилитации, санаторно-курортных организациях.

Третий этап медицинской реабилитации осуществляется при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара.

Медицинская реабилитация включает в себя комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций. Медицинская реабилитация осуществляется независимо от сроков заболевания, при условии стабильности клинического состояния пациента и наличия перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), когда риск развития осложнений не превышает перспективу восстановления функций (реабилитационный потенциал), при отсутствии противопоказаний к проведению отдельных методов медицинской реабилитации на основании установленного реабилитационного диагноза с использованием категорий международной классификации функционирования и шкалы реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ)

Выбор этапа и ОМР при маршрутизации осуществляется с учетом:
степени независимости пациента при оценке по ШРМ;

наличия медицинских показаний и отсутствия противопоказаний к медицинской реабилитации;

группового отнесения медицинской организации, оказывающей медицинскую реабилитацию, в соответствии с перечнем медицинских организаций;

- наличия свободных мест в ОМР.

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

а) абсолютные:

прогрессирующий неврологический дефицит;
состояние декомпенсации соматических функций, требующих их протезирования (ИВЛ, гемодиализ и др.) или мониторной коррекции в условиях реанимационного отделения (инотропная поддержка и др.);

глубокий водно-электролитный и нутритивный дефицит, сопровождающийся потерей массы тела выше 20% за последние 3 месяца, уровнем альбумина менее 20 г/л, креатинина выше 200 мкмоль/л, сохраняющийся на фоне искусственного питания и инфузии в течение 60 дней от начала заболевания;

клинико-лабораторные признаки инфекционно-воспалительного процесса, в том числе резистентные к терапии в течение 30 дней от начала заболевания инфекционно-воспалительные состояния, рецидивирующие на фоне повторных курсов антибиотикотерапии, в том числе: аспирационная пневмония на фоне трахеопищеводного разобщения (трахеостома и гастростома);

общие противопоказания (острые инфекционные и венерические заболевания без подтверждения возможности пребывания в общем отделении, психические заболевания, требующие приема специфической терапии, кровотечения желудочные, кишечные без подтверждения остановки кровотечения, остшая почечная или печеночная недостаточность);

наличие когнитивных нарушений, исключающих продуктивный контакт с окружающими (тяжелый когнитивный дефицит в виде панагнозии: апраксии, афазии, агнозии. MMSE менее 16 или MoCA менее 11, синдром поражения лобных долей головного мозга FAB менее 12);

б) относительные:

отсутствие мотивированности пациента для проведения реабилитационного лечения;

тотальная афазия с отсутствием выполнения инструкции по голосовой команде и по подражанию;

отсутствие визуализации состояния структур центральной нервной системы; контрольной визуализации зоны оперативного вмешательства/ травматологического повреждения;

сниженный гравитационный градиент меньше 30 градусов при условии выполнения протокола вертикализации в течение как минимум 5 дней

недостаточность кровообращения выше II-А стадии;

тромбоэмболия ветвей легочной артерии и тромбоэмболические нарушения других внутренних органов в анамнезе, тромбоз вен нижних конечностей;

критическая ишемия конечностей 3-4 степени на фоне атеросклероза артерий нижних конечностей;

выраженный стеноз сонной артерии (70–99%).

пролежни 3 - 4 степени, требующие хирургического ведения;

брadi- или тахиаритмические формы постоянной/пароксизмальной мерцательной аритмии;

экстрасистолическая аритмия выше III класса;

атриовентрикулярная блокада выше I степени;

синдром слабости синусового узла;

артериальная гипертензия, недостаточно корригируемая медикаментозной терапией, с кризовым течением, с признаками нарушения выделительной функции почек;

сахарный диабет тяжелого течения или в стадии декомпенсации;

рецидив онкологического заболевания; опухолевый процесс стадии N1 и/или M1 по классификации TNM;

болезни крови в острой стадии;

анемия тяжелой степени (Нb менее 70 г/л);

ранняя постинфарктная стенокардия, нестабильная стенокардия; рецидивирующее течение инфаркта миокарда;

ХБП IV ст. (СКФ 15-29 мл/мин/1,73 м²) и выше;

аневризма аорты с недостаточностью кровообращения выше II ф.к.;

1.15. Общие принципы маршрутизации пациентов на этапах реабилитационного лечения

Мероприятия по медицинской реабилитации на 1 этапе проводятся в медицинских организациях, имеющих лицензию на специализированную медицинскую помощь по медицинской реабилитации в условиях круглосуточного стационара, в отделении ранней медицинской реабилитации.

По окончании лечения на 1 этапе заведующий отделением, оказывавшим неотложную специализированную помощь, или заведующий отделением ранней медицинской реабилитации совместно с лечащим врачом принимает решение о маршрутизации на следующие этапы реабилитации путем оценки степени зависимости пациента по ШРМ. Направление проводится по результатам консилиума врачей с участием специалиста по медицинской реабилитации (врача физической и реабилитационной медицины), в том числе с применением телемедицинских технологий с оформлением направления на госпитализацию.

При поступлении на любой этап реабилитационного лечения пациент должен иметь при себе паспорт, полис обязательного медицинского страхования, СНИЛС, выписной эпикриз медицинской организации, в которой проведено лечение, результаты обследования на стационарном этапе, направление на госпитализацию (форма 057/у-04).

На 2 этап медицинской реабилитации маршрутизируются пациенты со степенью зависимости 4,5 и 6 баллов по ШРМ.

Маршрутизация пациентов для проведения 2 этапа медицинской реабилитации осуществляется после консилиума врачей с участием специалиста по медицинской реабилитации (врача физической и реабилитационной медицины) с применением телемедицинских технологий при наличии показаний:

По окончании реабилитационного лечения на втором этапе заведующим ОМР совместно с лечащим врачом принимается решение о маршрутизации на следующий этап медицинской реабилитации путем оценки по маршрутационным шкалам (ШРМ, индекс Ривермид, шкала Бартел, тест баланса Берга). Решение оформляется в виде протокола врачебной комиссии медицинской организации и указывается в выписном эпикризе: оценка по ШРМ, решение о маршрутизации на следующий этап медицинской реабилитации (ОМР куда маршрутизирован пациент).

На 3 этап медицинской реабилитации маршрутизируются пациенты со степенью зависимости по ШРМ 2-3 балла.

Реабилитационное лечение на 3-м этапе медицинской реабилитации осуществляется при оказании первичной медико-санитарной помощи в условиях:

- дневного стационара (ОМР дневного стационара);
- амбулаторных условиях (амбулаторное ОМР), в том числе с применением телемедицинских технологий.

Таблица № 4. Перечень МО, оказывающих медицинскую реабилитацию пациентам с ССЗ.

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зона ответственностии	Профиль помощи (кардиология/ неврология/ ССХ)	Уровень и характер медицинской реабилитации
ГБУ РД «РКБ им. А.В. Вишневского»	г. Махачкала , ул. Ляхова 47	Кировский район г. Махачкалы с прилегающим и поселками Семендер, Красноармейск, Ленинкент, Альбурикент, Шамхал, Шамхал-Термен, Сулак	Неврология	2 уровень медицинская реабилитация пациентов с нарушением функций центральной нервной системы

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зона ответственности	Профиль помощи (кардиология/ неврология/ ССХ)	Уровень и характер медицинской реабилитации
		Акушинский район Избербаш Буйнакск Дербент Кизляр Хасавюрт Карабудахкентский район Левашинский район Новолакский район, Новолакское		
ГБУ РД «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи»	г. Махачкала , ул. Пирогова 3	Советский район г. Махачкалы, пос. Тарки, пос. Кахулай Кумторкалинский район Каякентский район Кулинский район Кизилюрт Кизилюртовский район Лакский район	Неврология	2 этап медицинская реабилитация пациентов с нарушением функций центральной нервной системы
ГБУ РД «Городская клиническая больница»	г. Махачкала , ул.	Ленинский район г.Махачкалы прилегающим	Неврология	2 этап медицинская реабилитация пациентов с

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зона ответственности	Профиль помощи (кардиология/ неврология/ ССХ)	Уровень и характер медицинской реабилитации
	Лаптиева, зд 89	и поселками (Турали, Новый Кяхулай, Новый Хушет Дахадаевский район Дагестанские Огни Каспийск Серокалинский район		нарушением функции центральной нервной системы
ГБУ РД «Кизлярская ЦГБ»	г. Кизляр, ул. Победы, д.48.	Кизляр Южно-Сухокумск Кизлярский район Тарумовский район, Кочубей Тарумовский район Ногайский район	Неврология	2 этап медицинская реабилитация пациентов с нарушением функции центральной нервной системы
ГБУ РД «Дербентская ЦГБ»	г.Дербент, ул. У.Буйнакского, 43	Дербент Дербентский район Сулейман-Стальский район Рутульский район Табасаранский район		2 этап медицинская реабилитация пациентов с нарушением функции центральной нервной системы

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зона ответственности	Профиль помощи (кардиология/ неврология/ ССХ)	Уровень и характер медицинской реабилитации
		Хивский район Ахтынский район Агульский район Докузпаринский район Курахский район Кайтагский район Магарамкентский район Ахтынский район Дербентский район Пос. Беледжи		
ГБУ РД «Хасавюртовская ЦГБ им. Р.П. Аскерханова»	г. Хасавюрт, ул. Алиева д.21	Хасавюрт Хасавюртовский район Бабаюртовский район Новолакский район Казбековский район	Неврология	2 этап медицинская реабилитация пациентов с нарушением функции центральной нервной системы
ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ»	г.Буйнакск, ул. Ленина, д.85	Буйнакск Буйнакский район Ахвахский район	Неврология	2 этап медицинская реабилитация пациентов с нарушением функции

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зона ответственности	Профиль помощи (кардиология/ неврология/ ССХ)	Уровень и характер медицинской реабилитации
		Гергебильский район Гумбетовский район Гунибский район Тляратинский район Унцукульский район Хунзахский район Цумадинский район Цунтинский район Бежтинский участок Чародинский район Шамильский район Ботлихский район		центральной нервной системы
ГБУ РД "Республиканская клиническая больница № 2"	г. Махачкала , ул. Магомеда Гаджиева, 31	г.Кизилюрт г.Кизляр г.Хасавюрт	Неврология	2 этап медицинская реабилитация пациентов с нарушением функции центральной нервной системы + дневной стационар

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зона ответственностии	Профиль помощи (кардиология/ неврология/ ССХ)	Уровень и характер медицинской реабилитации
ГБУ РД "Республиканская больница восстановительного лечения"	г. Махачкала, ул. Бейбулатова, д. 9	все районы, поздний восстановительный период (мес. и более)	Неврология	2 этап медицинская реабилитация пациентов с нарушением функции центральной нервной системы + дневной стационар
ГБУ РД "Научно-клиническое объединение "Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии им. А.О. Махачева"	Кумторкалинский район, с. Коркмаскала, ул. Р. Аскерханова, 1 (район загородного пляжа Черные камни, г. Махачкала)	все районы	кардиология	2 этап отделение медицинской реабилитации взрослых для пациентов с соматическими заболеваниями.
Медицинский центр ФГБОУ ВО «ДГМУ» Минздрава России	г. Махачкала, ул. Рустамова 1	все районы	кардиология	3 этап Амбулаторная реабилитация
ГБУ РД 'Республиканский'	г. Махачкала, ул.	Все районы	Неврология	3 этап

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зона ответственностии	Профиль помощи (кардиология/ неврология/ ССХ)	Уровень и характер медицинской реабилитации
"диагностический центр"	Магомедтагирова 172 Б			
ГБУ РД "Республиканский центр реабилитации"	г. Махачкала , ул. Дзержинского, 17 Б	все районы	Неврология, кардиология	3 этап Дневной стационар + амбулаторная реабилитация

Таблица № 5. Перечень МО, оказывающих санаторно-курортное лечение пациентам с ССЗ

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Профиль пациентов, направляемых на санаторно-курортное лечение
Санаторий «Каспий»	поселок Манас, GPS: 42.702049, 47.717945.	Кардиология, nevрология
Санаторно-реабилитационный центр «Энергетик».	г.Каспийск, ул. М.Халилова, 1	Кардиология, nevрология
Санаторий «Кавказ»	г. Кисловодск, ул. Ярошенко 11	Кардиология, nevрология

Восстановительному лечению в санаториях кардиологического профиля подлежат пациенты в удовлетворительном состоянии, достигшие достаточного уровня физической активности, позволяющего обслуживать себя самостоятельно, совершать ходьбу на расстояние до 1000 м в 2 - 3 приема и подниматься по лестнице на 1 - 2 марша без существенных неприятных ощущений. При рекомендации курортного лечения больным с заболеваниями сердечнососудистой системы следует учитывать их

реактивность на смену погоды и воздерживаться от направления больных с

метеотропными реакциями в периоды резких колебаний погоды, особенно в холодный период года, а также на курорты с контрастными климатогеографическими условиями. На курортное лечение следует направлять больных с длительно стабильным течением заболевания. Однако есть ситуации, когда направление в санаторий не может быть выдано, если у пациента имеются противопоказания к этому виду лечения, связанные с заболеваниями сердечно сосудистой системы.

Противопоказания к санаторному лечению кардиологического профиля:

1. сердечная недостаточность IIБ - III стадий;
2. снижение значения фракции выброса до 40% и ниже;
3. ИБС, стенокардия III - IV функционального класса, в том числе ранняя постинфарктная стенокардия;
4. хроническая аневризма или аневризма аорты с сердечной недостаточностью выше I стадии;
5. атриовентрикулярная блокада II - III степени и другие тяжелые нарушения сердечной проводимости;
6. тяжелые нарушения сердечного ритма и проводимости;
7. рецидивирующий инфаркт миокарда;
8. артериальная гипертензия в сочетании с хронической болезнью почек III - V стадии;
9. гипертоническая болезнь с частыми кризами;

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

В целях реализации мер по профилактике развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска, находящихся на диспансерном учете наблюдении постановлением Правительства РФ от 30 ноября 2023 г. № 2030 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640», Приложение № 8 к государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (в редакции постановления Правительства Российской Федерации от 30 ноября 2023 г. № 2030)Правила предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на обеспечение профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска, находящихся на диспансерном наблюдении, приказом Минздрава России от 06.02.2024 № 37н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов в целях обеспечения в амбулаторных условиях лекарственными препаратами лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового

кислородного обмена, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка $\leq 40\%$, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний» в целях лекарственного обеспечения лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка $\leq 40\%$, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, в амбулаторных условиях на 2024 год было предусмотрено из федерального бюджета и из бюджета республики Дагестан препараты на общую сумму 78 268,9 рублей (МНН 31) (письмо Минздрава России от 15.12.23 №25-9/И/2023634 Распределение субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации в целях софинансирования расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при реализации мероприятий по обеспечению профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска, находящихся на диспансерном наблюдении, на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, (далее - Субсидии ССЗ) и правила предоставления и распределения Субсидий ССЗ (Приложение № 8 к государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640, в редакции постановления Правительства Российской Федерации от 30.11.2023 № 2030), их них выделенные за счет федерального бюджета 74 355,5 рублей (95 проц.) и региональном бюджетах 3 913,4 рублей (5 проц.).

Работа была организована в соответствии актуализированного приказа Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 12.03.2024 № 67-Л «Об обеспечении лекарственными препаратами лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, другие острые сердечно-сосудистые заболевания и пациентов с ишемической болезнью сердца + фибрилляцией предсердий + сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса $\leq 40\%$ в подведомственных медицинских организациях»

Министерством здравоохранения Российской Федерации в целях организации в 2025 году оперативного мониторинга результата «Обеспечена профилактика развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений пациентов высокого риска, находящихся на

диспансерном наблюдении» федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» национального проекта «Продолжительная активная жизнь» собирается ежемесячное, не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным, информация в автоматизированной системе мониторинга медицинской статистики (далее соответственно – форма мониторинга, АСММС) (asmms.mednet.ru).

В реализации программы бесплатного лекарственного обеспечения участвуют лица, которые имеют право на лекарственное обеспечение, обеспеченных лекарственными препаратами (рецептами) в амбулаторных условиях в отчетном году в рамках ФП «БССЗ».

Корректности представляемой отчетности обеспечивается перекрестным контролем предоставляемых данных медицинскими организациями в системе Парус Мониторинг здравоохранения – Сведения отчетности, ГИС «РФ ЕГИСЗ РД», данными аптечного управления в системе еФарма - информационная система для автоматизации процессов в сфере фармацевтики и здравоохранения;

Сроки выдачи лекарственных препаратов в течении двух лет с момента постановки на диспансерный учет в течении трех дней после выписки со стационара или диагностировании состояния дающего право для бесплатного лекарственного обеспечения лекарственными препаратами (рецептами) в амбулаторных условиях рамках ФП «БССЗ».

Объема выдачи лекарственных препаратов от 1 до 6 месяцев в зависимости от состояния пациента и необходимости кратности диспансерного наблюдения за ним.

Своевременность выдачи лекарственных препаратов и наличие всего ассортимента их позволяет удерживать пациентов в программе в течении всего срока реализации программы бесплатного лекарственного обеспечения для данной категории пациентов.

Контроль остатков лекарственных препаратов и сроков их реализации осуществляется в системе еФарма;

II. НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В соответствии с Паспортом Федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями (далее – ССЗ)» 2025-2030 годов в качестве одного из результатов Федерального проекта запланировано формирование, утверждение и ежегодная актуализация регионального порядка маршрутизации пациентов с ССЗ в республике Дагестан (далее – Региональный Порядок).

Региональный Порядок – нормативно-правовой акт органа исполнительной власти в сфере охраны здоровья Республики Дагестан, описывающий инфраструктуру, деятельность и принципы взаимодействия медицинских организаций (далее – МО), оказывающих медицинскую помощь пациентам с болезнями системы кровообращения (далее – БСК). Региональный Порядок также определяет регламенты маршрутизации пациентов при отдельных ССЗ и (или) состояниях на территории нормативно-правовой акт органа исполнительной власти в сфере охраны здоровья Республики Дагестан, и, при необходимости, межрегиональное взаимодействие с МО других субъектов Российской Федерации и МО федерального уровня, в том числе с использованием телемедицинских технологий.

Регламент маршрутизации – документ в структуре Регионального Порядка маршрутизации, в котором представлен оптимальный маршрут пациента с конкретным ССЗ и (или) состоянием на территории нормативно-правовой акт органа исполнительной власти в сфере охраны здоровья Республики Дагестан, разработанный с учетом региональных особенностей и обеспечивающий выполнение действующих клинических рекомендаций (далее – КР), порядков и стандартов на каждом из этапов оказания медицинской помощи.

Маршрут пациента – это мультидисциплинарный инструмент управления, основанный на доказательной практике, разработанный для определенной группы пациентов с предсказуемым клиническим течением заболевания, в котором различные задачи (вмешательства) специалистов, участвующих в оказании медицинской помощи, определены, оптимизированы и упорядочены по минутам / часам (экстренная помощь), дням (неотложная помощь) или неделям (плановая помощь).

В Региональном Порядке представлены принципы формирования маршрутизации пациентов с ССЗ, а также приведены основные положения Регламентов маршрутизации при отдельных ССЗ и (или) состояниях.

Региональный Порядок отражает особенности инфраструктуры и процессов оказания помощи в Республике Дагестан, разрабатывается с учетом права граждан на выбор МО и утверждается приказом органа исполнительной власти в сфере здравоохранения Республики Дагестан. Региональный Порядок содержит четкую и детализированную информацию, исключающую неоднозначное толкование.

При разработке Регионального Порядка учтены положения следующих документов:

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ № 323-ФЗ);
- Постановление правительства «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий реализации год»;
- Приказ Минздравсоцразвития России от 05.10.2005 № 617 «О Порядке направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний» (далее – Приказ № 617);
- Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – Приказ № 543н);
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (далее – Приказ № 918н);
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 919н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология» (далее – Приказ № 919н);
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю терапия»;
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 926н «Об утверждении порядка оказания медпомощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы»;
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» (далее – Приказ № 928н);
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 931н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "нейрохирургия"» (далее – Приказ № 931н);
- Приказ Минздрава России от 06.06.2013 № 354н «О порядке проведения патолого- анатомических вскрытий»;

- Приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»;
- Приказ Минздрава России от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи» (далее – Приказ № 796н);
- Приказ Минздрава России от 05.05.2016 № 279н «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения» (далее – Приказ № 279н);
- Приказ Минздрава России от 26.12.2016 № 997н «Об утверждении Правил проведения функциональных исследований» (далее – Приказ № 997н);
- Приказ Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее – Приказ № 804н);
- Приказ Минздрава России от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (далее – Приказ № 965н);
- Приказ Минздрава России от 06.12.2017 № 974н «Об утверждении правил проведения эндоскопических исследований» (далее – Приказ № 974н);
- Приказ Минздрава России № 345н, Минтруда России № 372н от 31.05.2019 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья»;
- Приказ Минздрава России от 02.10.2019 № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» (далее – Приказ № 824н);
- Приказ Минздрава России от 08.06.2020 № 557н «Об утверждении правил проведения ультразвуковых исследований» (далее – Приказ № 557н);
- Приказ Минздрава России от 09.06.2020 № 560н «Об утверждении Правил проведения рентгенологических исследований» (далее – Приказ № 560н);
- Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» (далее – Приказ № 788н);
- Приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"»;
- Приказ Минздрава России от 23.12.2020 № 1363н «Об утверждении порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации,

функции и полномочия учредителей, в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования» (далее – Приказ № 1363н);

- Приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – Приказ № 404н);
- Приказ Минздрава России от 18.05.2021 № 464н «Об утверждении Правил проведения лабораторных исследований» (далее – Приказ № 464н);
- Приказ Минздрава России от 19.08.2021 № 866н «Об утверждении классификатора работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность»;
- Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (далее – Приказ № 168н);
- Приказ Минздрава России от 21.04.2022 № 276н «Об утверждении случаев и порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи медицинскими работниками медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации вне таких медицинских организаций» (далее – Приказ № 276н);
- Приказ Минздрава России от 13.03.2023 № 104н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "эндокринология"»;
- Приказ Минздрава России от 11.04.2025 № 185н «Об утверждении положения об организации специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи» (далее – Приказ № 185н);
- Приказ Минздрава России от 11.04.2025 № 186н «Об утверждении порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» (далее – Приказ № 186н);
- Приказ Минздрава России от 11.04.2025 № 193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (далее – Приказ № 193н);
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – Приказ № 202н);

- Приказ Минздрава России от 14.04.2025 № 205н «Об утверждении Правил проведения функциональных исследований» (далее – Приказ № 205н);
- Приказ Минздрава России от 14.04.2025 № 206н «Об утверждении Правил проведения эндоскопических исследований» (далее – Приказ № 206н);
- Приказ Минздрава России от 29.04.2025 № 261н «Об утверждении порядка проведения патолого-анатомических вскрытий и унифицированных форм медицинской документации, используемых при проведении патолого-анатомических вскрытий»;
- Письмо Минздрава России «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», направляемое в субъекты Российской Федерации ежегодно;
- Региональная программа «Борьба с ССЗ» субъекта Российской Федерации, а также иные Региональные программы, сформированные в рамках Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь».

Региональном Порядке не повторяются основные позиции, представленные в вышеизложенных документах, а отражены региональные особенности и специфика Республики Дагестан. Приведены ссылки на региональные нормативно-правовые акты, регламентирующие медицинскую реабилитацию, паллиативную медицинскую помощь, диспансерное наблюдение, санаторно-курортное лечение и иные документы.

При разработке разделов Регионального Порядка Республики Дагестан учтено наличие действующих лицензий на осуществление медицинской деятельности, материально-техническое оснащение и кадровое обеспечение МО Республики Дагестан, фактические и запланированные объемы медицинской помощи.

III. НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

1. Приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 13 августа 2019 г. № 806-Л «Об ответственных специалистах за реализацию мероприятий по снижению смертности населения».

2. Приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 9 января 2020 г. № 4-Л «О внедрении клинических рекомендаций по кардиологии в медицинских организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Дагестан».

3. Приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 26 марта 2020 г. № 252-Л «О внесении изменений и дополнений в приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 9 января 2020 г. № 4-Л «О внедрении клинических рекомендаций по кардиологии в медицинских организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Дагестан».

4. Приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 29 мая 2020 г. № 404-Л «О назначении ответственных лиц за своевременное формирование и внесение данных в информационную систему мониторинга по обеспечению лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда и другие острые сердечно-сосудистые заболевания, лекарственными препаратами в амбулаторных условиях в рамках федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

5. Приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 28 апреля 2021 г. № 710-Л «О выполнении индикаторов соблюдения клинических рекомендаций по сердечно-сосудистым заболеваниям в медицинских организациях республики».

6. Приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 18 мая 2021 г. № 747-М «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 4 февраля в 2020 г. № 93-М «Об ответственных должностных лицах за реализацию региональных проектов и осуществление мониторинга реализации мероприятий региональных проектов национального проекта «Здравоохранение».

7. Приказ Минздрава РД от 09.06.2021 г. № 817-Л «Об организации и оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»

8. Приказ Минздрава РД от 02.07.2021 г. № 925-Л «О внедрении телемедицинских технологий в практику оказания медицинской помощи в государственных медицинских организациях Республики Дагестан с использованием централизованной подсистемы «Телемедицинские консультации» государственной информационной системы «Региональный фрагмент Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения Республики Дагестан»

9. Приказ Минздрава РД от 11.10.2021 г. № 1271-Л «Об оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»

10. Приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 22 апреля 2022 г. № 449-Л «О выполнении рекомендаций по оказанию медицинской помощи по профилю «кардиология» в Республике Дагестан».

11. Приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 12 мая 2022 г. № 491-Л «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 11 июня 2014 г. № 656-Л «О структурных преобразованиях системы здравоохранения на основе трехуровневой системы и маршрутизации больных».

12. Приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 17 июня 2022 г. № 697-Л «О выполнении ключевых мер для снижения смертности от хронических неинфекционных заболеваний».

13. Приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 29 июня 2022 г. № 723-Л «Об организации диспансерного наблюдения».

14. Приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 9 августа 2022 г. № 836-М «Об организации мероприятий по осуществлению работы в вертикально интегрированных медицинских информационных системах Минздрава России».

15. Приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 13 октября 2022 г. № 1111-Л «Об организации медицинской помощи взрослому населению с хронической сердечной недостаточностью на территории Республики Дагестан».

16. Приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 11 августа 2023 г. № 557-Л «О совершенствовании взаимодействия медицинских организаций Республики Дагестан, участвующих в реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями (ОНМК)».

17. Приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 13 сентября 2023 г. № 601-Л «О внедрении клинических рекомендаций, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации в медицинских организациях Республики Дагестан».

18. Приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 12 декабря 2023 г. № 751-Л «О дальнейшем совершенствовании организации оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в Республике Дагестан и признании утратившими силу некоторых нормативно-правовых актов».

19. Приказ Минздрава РД совместный с ФГБОУ ВО «ДГМУ» Минздрава РФ от 27.12.2023 г. №769-Л\187-К «О создании комиссии профильных специалистов по телемедицинскому консультированию ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрав России»».

20. Приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 13.02.2024 №43-Л «О создании Центральной врачебно-консультативной комиссии «ГБУ РД РКД» по отбору больных на получение ВМП»

21. Приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 04.03.2024 г. №61-Л «Об организации медицинской помощи больным с расслаивающей аневризмой аорты в Республике Дагестан».

22. Приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 12.03.2024 г. № 67-Л «Об обеспечении лекарственными препаратами лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, другие острые сердечно-сосудистые заболевания и пациентов с ишемической болезнью сердца + фибрилляцией предсердий + сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса ≤ 40% в подведомственных медицинских организациях».

23. Приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 03.05.2024 г. № 141-Л «О проведении анализ летальности больных с инфарктом миокарда, в том числе в первые 24 часа».

24. Приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 27.12.2024 г. № 432-Л «Об организации маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом для проведения аортокоронарного шунтирования в Республике Дагестан».

25. Приказ Минздрава РД совместный с ФГБОУ ВО «ДГМУ» Минздрава РФ от 23.12.2024 г. №434-Л\285-К «Об организации работы медицинских организаций по изучению и разбору летальных случаев в системе управления качеством медицинской помощи».

26. Приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 20.02.2025 г. №34-Л «Об утверждении Плана диспансерного наблюдения за взрослым населением с сахарным диабетом, онкологическими заболеваниями и болезнями системы кровообращения на 2025 год и Плана диспансерного наблюдения за детским населением из числа детей-сирот, оставленных без попечения родителей, и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях, на 2025 год».

27. Приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 13.03.2025 г. №65-Л «Об организации работы Школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями».

28. Приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 13.03.2025 г. № 66-Л «Об утверждении Планов мероприятий по снижению смертности населения Республики Дагестан на 2025 год».

29. Региональная программа «Борьба с ССЗ», утвержденная Постановлением Правительства Республики Дагестан от 30 июня 2025 г. №

220 «Об утверждении региональной программы Республики Дагестан «Борьба сердечно-сосудистыми заболеваниями»

30. Приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 08.08.2025 г. №201-Л «О реализации постановления Правительства Республики Дагестан от 30 июня 2025 г. № 220 «Об утверждении региональной программы Республики Дагестан «Борьба сердечно-сосудистыми заболеваниями»»

IV. Алгоритм утверждения и периодичность пересмотра документа

Разработка Регионального Порядка и его утверждение проводятся в соответствии с основными правилами подготовки нормативных правовых актов. Региональный Порядок устанавливает правила оказания медицинской помощи больным с ССЗ в МО Республики Дагестан.

Региональный Порядок создается на основе КР, соответствует действующим порядкам и положениям об организации медицинской помощи.

Утверждение и периодичность пересмотра документа проводится в соответствии с паспортом Федерального проекта БССЗ с 2025 по 2030 год до 1 ноября 2025 г. (в последующие года ежегодно до 1 апреля) и актуализируется в нормативно-правовых актах Республики Дагестан, отражающих маршрутизацию пациентов с ССЗ. Целесообразен ежегодный пересмотр Регионального Порядка. При необходимости, например, в связи с изменением инфраструктуры или схемы маршрутизации, возможна более частая актуализация документа.

Общая часть Регионального Порядка должна содержать информацию об инфраструктуре, основных принципах организации различных видов медицинской помощи пациентам с ССЗ на всех этапах.

При наличии индивидуальных особенностей субъекта Российской Федерации общая схема помощи пациентам с ССЗ может быть детализирована дополнительно.

Подходы к организации медицинской помощи при отдельных ССЗ и (или) состояниях должны быть представлены в виде отдельных приложений (регламентов маршрутизации).

Приложение № 2
к приказу Минздрава РД
от «30» сентября 2025 г. № 271-Л

2. Регламент маршрутизации на проведение отдельных видов исследований с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Настоящий регламент регулирует вопросы маршрутизации пациентов на отдельные виды диагностических исследований сердечно-сосудистой системы, кроме случаев, которые описываются отдельными регламентами маршрутизации. Данный раздел не детализирует схему в рамках конкретных нозологий, а отражает доступность отдельных видов диагностических исследований на уровне субъекта Российской Федерации. Регламент формируется с учетом Приказа № 205н (вступает в силу с 01.09.2025), Приказа № 206н (вступает в силу с 01.09.2025), Приказа № 464н, Приказа № 557н, Приказа № 560н, Приказа № 804н, Приказа № 974н (утрачивает силу 01.09.2025), Приказа № 997н (утрачивает силу с 01.09.2025).

В Регламенте маршрутизации на проведение отдельных видов исследований сердечно-сосудистой системы в таблице 5 отражена следующую информацию:

1. Перечень регламентируемых в документе методов диагностики, а также перечень МО, где данные методы диагностики доступны (таблица 5).
2. Зоны территориального распределения в случае, если одни и те же виды диагностических исследований выполняются в нескольких МО.

2.1. Перечень методов диагностики в рамках Регламента маршрутизации на проведение отдельных видов исследований при ССЗ

Таблица №6

Методы диагностики	Медицинская организация ГБУ РД	Зоны ответственности ⁸
Рекомендуемые для включения методы диагностики		
Эхокардиография с физической/ фармакологической нагрузкой	«НКО ДЦК ССХ» «РБК СМП»	Все взрослое население Республики Дагестан
Чреспищеводная эхокардиография	«НКО ДЦК ССХ» «РБК СМП»	Все взрослое население Республики Дагестан
Коронароангиография	«РКБ» «РКБ СМП»	Все взрослое население Республики Дагестан

Методы диагностики	Медицинская организация ГБУ РД	Зоны ответственности⁸
	«ГКБ» г.Махачкала ГБУ РД «НКО ДЦК ССХ» «Дербентская ЦГБ» «Хасавюртовская ЦГБ»	
Коронароангиография с использованием методов внутрисосудистой визуализации и/или оценкой физиологии кровотока	«РБК СМП» «РБК СМП» «НКО ДЦК ССХ»	Все взрослое население Республики Дагестан
Компьютерно-томографическая коронарография	«РКБ» «РКБ СМП», «ГКБ» г.Махачкала	г.Махачкала с прилегающими поселками
Однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда перфузационная с функциональными пробами	Аппаратов в РД нет.	Планируется закупка аппарата в 2026 году и установка в ГБУ РД «РДЦ»
Позитронно-эмиссионная томография миокарда, в том числе с функциональными пробами	Частный центр ПЭТ – Технолоджи. г. Махачкала. ул. Ляхова, 47	Частный центр ПЭТ – Технолоджи. г. Махачкала, ул. Ляхова, 47
Магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием	Не протоколов на проведения МРТ сердца	Необходима закупка протоколов сканирования сердца с контрастированием сердца для МРТ аппаратов РД,

⁸ При наличии нескольких медицинских организаций, выполняющих отдельный вид диагностических исследований

2.2. Регламент маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом

Настоящий регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом.

Для целей настоящего Регламента к ОКС относятся состояния, соответствующие кодам I20.0, I21-I22, I24.0, I24.8, I24.9 международной классификации болезней десятого пересмотра.

В Регламенте маршрутизации пациентов с ОКС рекомендовано отразить следующую информацию:

2.3. Перечень МО, участвующих в маршрутизации пациентов, с указанием их статуса: первичных сосудистых отделений (далее – ПСО) или региональных сосудистых центров (далее – РСЦ) для больных с ОКС, а также с указанием для каждой МО

Информация о сети первичных сосудистых отделений и региональных сосудистых центров

Таблица №7

Муниципальное образование	Наименование медицинской организации	Статус РСЦ/ПСО
г. Буйнакск	ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ»	ПСО
г. Дербент	ГБУ РД «Дербентская ЦГБ»	РСЦ
г. Кизляр	ГБУ РД «Кизлярская ЦГБ»	ПСО
г. Хасавюрт	ГБУ РД «Хасавюртовская ЦГБ»	РСЦ
г. Махачкала	ГБУ РД «ГКБ»	РСЦ
г. Махачкала	ГБУ РД «РКБ им. А.В. Вишневского»	РСЦ
г. Махачкала	ГБУ РД «РКБ СМП»	РСЦ

РСЦ – региональный сосудистый центр; ПСО – первичное сосудистое отделение; ПРИТ – палата реанимации и интенсивной терапии; ОКС – острый коронарный синдром; ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения

- Зоны ответственности (муниципальные и внутригородские районы);
- Численности взрослого населения в зоне ответственности (округленной до 10 000 человек);
- Расположение МО с рентгеноперационными и число рентгенангиографических установок.

Таблица №8

Наименование медицинской организации	Прикрепленные территории

Региональный сосудистый центр ГБУ РД «Республиканская клиническая больница» г. Махачкала 2 ангиографических комплекса	Кировский район г. Махачкала с прилегающими поселками (Семендер, Красноармейск, Ленинкент, Альбурикент, Шамхал, Шамхал - Термен, Сулак) Новострой	Кумторкалинский район Серокалинский район Ахвахский район Ботлихский район Гунибский район Гергебильский район Гумбетовский район ПСО ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ» «Кизлярская ЦГБ»
Региональный сосудистый центр ГБУ РД «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Махачкала 1 ангиографический комплекс	Советский район г. Махачкала с прилегающими поселками (Тарки, Кяхулай) г. Избербаш Акушинский район, Каякентский район	Левашинский район Лакский район Кулинский район Унцукульский район Тляратинский район Хунзахский район Цумадинский район
Региональный сосудистый центр ГБУ РД «Городская клиническая больница» г. Махачкала 2 ангиографических комплекса	Ленинский район г. Махачкала с прилегающими поселками (Турали, Новый Кяхулай, Новый Хушет) г. Каспийск	Карабудахкентский район Цунтинский район Чародинский район Шамильский район Бежтинский участок
Региональный сосудистый центр ГБУ РД «Дербентская ЦГБ» г. Дербент 1 ангиографический комплекс	г. Дербент г. Дагестанские Огни Дербентский район С.Стальский район Рутульский район Табасаранский район Хивский район	Ахтынский район Агульский район Дахадаевский район Докузпаринский район Курахский район Кайтагский район Магарамкентский район
Региональный сосудистый центр ГБУ РД «Хасавюртовская ЦГБ» г. Хасавюрт 1 ангиографический комплекс	г. Хасавюрт г. Кизилюрт Хасавюртовский район Кизилюртовский район	Бабаюртовский район Новолакский район Казбековский район

Наименование медицинской организации	Прикрепленные территории		
ПСО ГБУ РД «Кизлярская ЦГБ»	г. Кизляр г. Южно-Сухокумск	Кизлярский район Ногайский район Тарумовский район п. Кочубей	
ПСО ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ»	г. Буйнакск	Буйнакский район	

2.4. Первичные сосудистые отделения (ПСО)

Таблица №9

ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ» ПСО без ангиографического комплекса	Всего нас.	Взрослое нас.	Трудосп. нас.
ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ»	68 991	49 926	39 317
ГБУ РД «Буйнакская ЦРБ»	85 268	58 016	46 705
Итого прикреплено населения	154 259	107 942	86 022

ГБУ РД «Кизлярская ЦГБ» ПСО без ангиографического комплекса	Всего нас.	Взрослое нас.	Трудосп. нас.
«Кизлярская ЦГБ»	53 011	39 752	30 098
«Кизлярская ЦРБ»	78 845	54 091	43 699
«Ногайская ЦРБ»	17 923	13 573	10 225
«Тарумовская ЦРБ»	27 307	17 756	14 692
«МСЧ п. Кочубей»	8 282	9 669	8 172
«Ю-Сухокумская ЦГБ»	10 565	8 107	6 619
Итого прикреплено населения	195 933	142 948	113 505

2.5. Региональные сосудистые центры (РСЦ)

Таблица №10

ГБУ РД «РКБ»	Всего нас.	Взрослое нас.	Трудосп. нас.
Кировский район г. Махачкалы с прилегающими поселками (Семендер, Красноармейск, Ленинкент, Альбурикент, Шамхал, Шамхал - Термен, Сулак),	188556	158905	148021

«Кумторкалинская ЦРБ»	29179	19827	16109
«Сергокалинская ЦРБ»	26598	20297	15602
«Новолакская РБ№1»	11938	7831	6341
«Ахвахская ЦРБ»	24 814	18 182	14 834
«Ботлихская ЦРБ»	60 928	44 146	36 644
«Гергебельская ЦРБ»	20 239	16 546	13 018
«Гумбетовская ЦРБ»	21 427	18 468	14 298
«Гунибская ЦРБ»	30 260	21 473	16 319
«Буйнакская ЦГБ»	68991	49926	39317
«Кизлярская ЦГБ»	53011	39752	30098
Итого прикреплено населения	535941	415353	350601

ГБУ РД "РКБ СМП"	Всего нас.	Взрослое нас.	Трудосп. нас.
Советский район г. Махачкалы, п. Тарки, Кяхулай,	219317	184447	131817
«Акушинская ЦРБ»	54337	39814	31687
«Каякентская ЦРБ»	59580	40972	32895
«Кулинская ЦРБ»	10474	8472	6219
«Лакская ЦРБ»	12132	9336	6757
«Левашинская ЦРБ»	81474	57628	46145
«Избербашская ЦГБ»	57365	47811	37554
«Тляратинская ЦРБ»	23 892	16 744	13 411
«Унцукульская ЦРБ»	31 757	23 585	19 053
«Хунзахская ЦРБ»	31 303	24 375	19 101
«Цумадинская ЦРБ»	27 178	18 329	14 966
Итого прикреплено населения	608809	471513	359605

ГБУ РД «ГКБ»	Всего нас.	Взрослое нас.	Трудосп. нас.

Ленинский район г. Махачкалы с прилегающими поселками (Турали, Новый Кяхулай, Новый Хушет),	214787	180931	134756
«Карабудахкентская ЦРБ»	101957	59078	48148
«Каспийская ЦГБ»	125747	98371	80896
«Цунтинская ЦРБ»	12 667	7 582	3 457
«Бол. Бежтинского уч.»	8 544	5 010	4 106
«Чародинская ЦРБ»	14 234	9 433	7 308
«Шамильская ЦРБ»	30 908	22 015	16 897
Итого прикреплено населения	508844	382420	295568

ГБУ РД «Дербентская ЦГБ»	Всего нас.	Взрослое нас.	Трудосп. нас.
«Дербентская ЦГБ»	126078	99978	80685
«Агульская ЦРБ»	10355	7995	6214
«Ахтынская ЦРБ»	31751	24552	19568
«Дахадаевская ЦРБ»	36286	26388	20548
«Дербентская ЦРП»	83832	56427	48056
«Белидженская УБ»	16578	14591	12814
«Докузпаринская ЦРБ»	15166	10719	8712
«Кайтакская ЦРБ»	33428	23615	18785
«Курахская ЦРБ»	14885	10986	8766
«Магарамкентская ЦРБ»	55730	46899	37757
«Рутульская ЦРБ»	20364	15178	12145
«С.Стальская ЦРБ»	57421	42864	33395
«Табасанарская ЦРБ»	52419	33986	27102
«Хивский ЦРБ»	20688	15289	12205
«ЦГБ ГО г. Даг. Огни»	31894	20986	16175
Итого прикреплено населения	606875	450453	362927

ГБУ РД «Хасавюртовская ЦГБ»	Всего нас.	Взрослое нас.	Трудосп. нас.

«Хасавюртовская ЦГБ»	157466	108447	89645
«Кизилюртовская ЦГБ»	50035	35914	28672
«Хасавюртовская ЦРП»	174149	108885	89131
«Кизилюртовская ЦРБ»	76020	49573	39791
«Бабауртовская ЦРБ»	53733	34885	28431
«Новолакская ЦРБ»	21893	16260	13190
«Казбековская ЦРБ»	51053	34162	27977
Итого прикреплено населения	584349	388126	316837

2.6. Алгоритм диагностики ОКС и оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе.

2.6.1. Алгоритм маршрутизации и приоритетной медицинской эвакуации пациентов с ОКС в зависимости от типа ОКС, в том числе для выполнения реваскуляризации.

Структурированный алгоритм действий врачей и среднего медицинского персонала в случае диагностики у больного острого коронарного синдрома (ОКС) (с подъемом и без подъема сегмента ST) на догоспитальном этапе, первичном медицинском контакте с пациентом

Алгоритм действия для врачей и фельдшеров поликлиники и СМП в случае контакта с пациентом с болью в груди:

- Оценить жалобы (по диагностике острого коронарного синдрома)
- Выяснить время начала болевого приступа
- Выяснить какие лекарственные препараты принимал пациент
- Выяснить ставился ли ранее диагноз ИБС
- Одновременно готовить электрокардиограф для снятия ЭКГ.

Характеристика болевого синдрома при остром коронарном синдроме: Боль локализуется чаще за грудиной, возможно в межлопаточном пространстве, носит характер жжения, сдавления, опоясывания. Может иррадиировать в шею, левую руку, челюсть, горло. Возможна общая слабость, падение АД, потливость (холодный липкий пот), чувство страха. Приступ носит затяжной характер и длится более 15 минут. Если у пациента ранее ставился диагноз ИБС или гипертоническая болезнь, то вероятность острого коронарного синдрома при типичных жалобах очень велика.

Возможны атипичные варианты боли у молодых (25-40 лет) и пожилых (более 75 лет) людей, у больных сахарным диабетом и женщин. Это может быть боль в эпигастрии, остро появившееся расстройство пищеварения (без причин), колющая боль в груди, нарастание одышки.

Жалобы расценены как коронарные:

- Если нет противопоказаний, дать 1 дозу нитроглицерина (нитроспрэй).
- Если нет противопоказаний, дать разжевать «незащищенный» аспирин 160 - 325 мг (250 мг) (если больной не принял до этого).

Снять ЭКГ (не позднее 10 минут от первого опроса-осмотра пациента):

Если изменения на ЭКГ в виде: депрессии сегмента ST > 1 мм в двух или более смежных отведениях, а также инверсия зубца T > 1 мм в отведениях с преобладающим зубцом R:

- Начать лечебные мероприятия,
- госпитализация согласно маршрутизации в ПСО.

Если изменения на ЭКГ в виде подъемов ST на 1 мм или более как минимум в 2-х последовательных грудных отведениях, или 2-х отведениях от конечностей, или появление впервые блокады ЛНПГ, или есть изменения в виде высоких зубцов R в правых прекордиальных отведениях и депрессия ST в V1-V4 с направленным вверх зубцом Т (ЭКГ признаки истинного заднего ИМ):

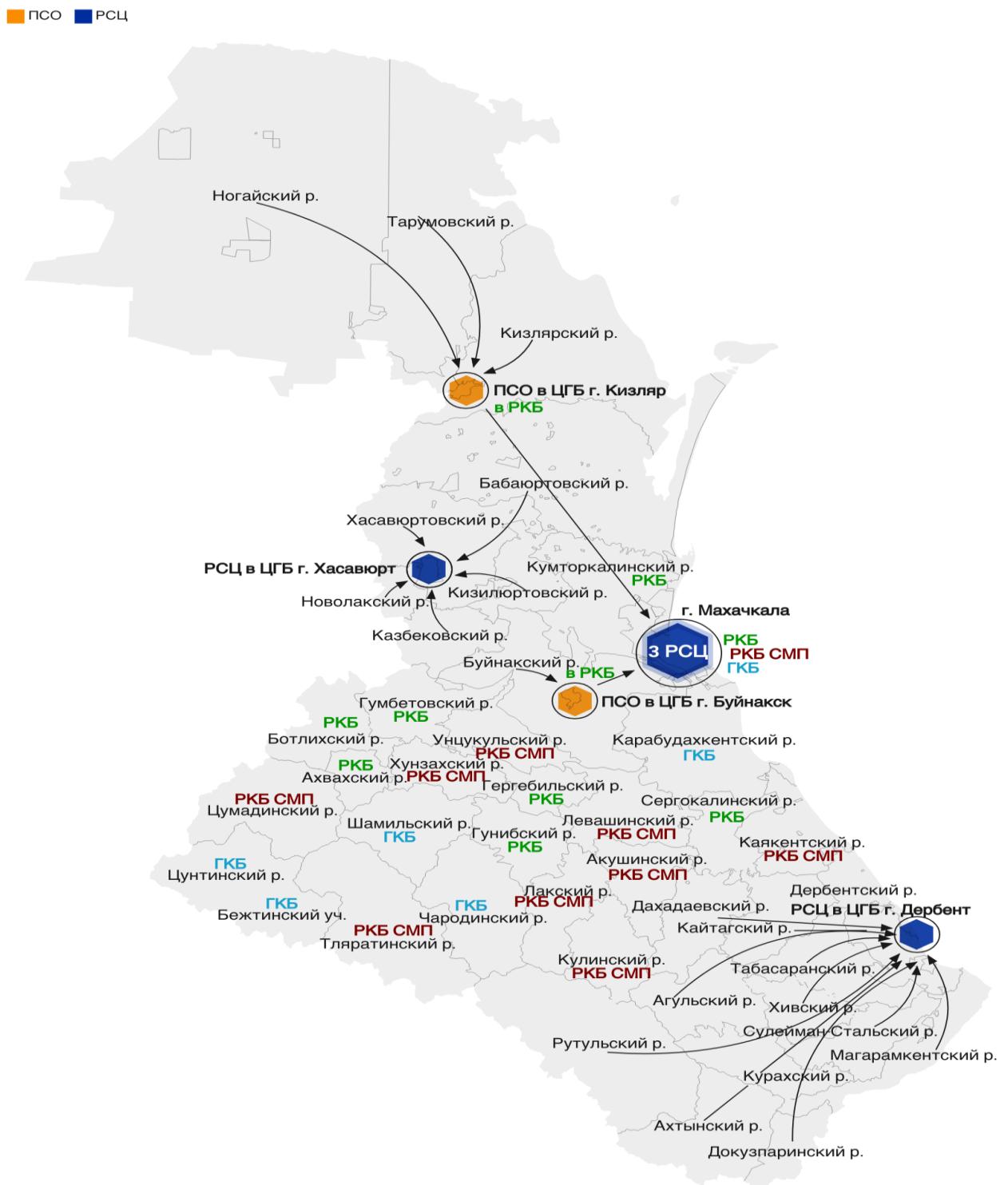
Если время от начала ангинозного приступа не превышает 12 часов:

- При сильной боли, сохраняющейся после НГ, в/в Морфин (если нет документированной гиперчувствительности к препарату) медленно 2-4 мг;
- Заполнить контрольные листы принятия решения врачебно-фельдшерской бригадой скорой медицинской помощи: о проведении больному с ОКС тромболитической терапии, о направлении больного с ОКС на ЧКВ в РСЦ (при наличии противопоказаний к транспортировке). Рассмотреть вопрос о проведении догоспитальной ТЛТ;
- Начать лечебные мероприятия;
- Госпитализация согласно маршрутизации в РСЦ или ближайшее ПСО.

Если время от начала ангинозного приступа более 12 часов:

- Начать лечебные мероприятия;
- Госпитализация согласно маршрутизации в ПСО.

2.6.2. Карта-схема маршрутизации и медицинской эвакуации (в том числе с использованием санитарной авиации) пациентов с ОКС.



2.6.3. Алгоритм взаимодействия МО и служб, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ОКС, включая межрегиональное взаимодействие с МО регионального и федерального уровней.

Согласно рекомендаций специалистов ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, с целью снижения смертности пациентов от БСК, качественного оказания экстренной медицинской помощи, формирования системы дистанционного наблюдения, в том числе в отдаленных районах, на базе ГБУ РД «Дагестанский центр медицины катастроф» (далее – ГБУ РД «ДЦМК») в соответствии с приказом главного врача от 17.09.2024 г. № 70-ОД-Б организован круглосуточный «Центр дистанционной расшифровки ЭКГ-исследований» с возможностью дистанционной консультации пациентов. Приобретено было 10 портативных ЭКГ-аппаратов (Комплекс для автоматизированной интегральной оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы КФС-01.001 «Кардиометр-МТ») для бригад станции СМП в г. Махачкала, которыми в 2024 году проведено было всего 1436 исследований. В 2025 году планируется приобрести ещё 90 аппаратов для дистанционной расшифровки ЭКГ.

•взаимодействие бригад скорой медицинской помощи с РСЦ/ПСО, в которые транспортируется пациент;

При медицинской эвакуации пациентов с ОКС из районных больниц в РСЦ/ПСО, бригада скорой медицинской помощи через старшего врача оперативно-диспетчерского отдела ГБУ РД «ДЦМК» информирует медицинский персонал МО о транспортировке пациента с ОКС, о его состоянии и необходимости проведения экстренных мероприятий при доставке в приемное отделение РСЦ/ПСО.

•взаимодействие дистанционного консультативного центра с территориальным центром медицины катастроф для планирования медицинской эвакуации пациентов с ОКС из районных больниц;

Прорабатывается функционал проведения еженедельных конференций по мониторингу маршрутизации пациентов с экстренной кардиологической патологией, с участием главных внештатных специалистов Республики Дагестан по профилям кардиология, сердечно-сосудистая хирургия, неврология, рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение с ответственными дежурными ПСО и РСЦ. В ГБУ РД «РМИАЦ» планируется создание аналитической панели по мониторингу маршрутизации пациентов с ОКС и ОНМК.

В ГБУ РД «ДЦМК» организовать обеспечение многоуровневой дистанционной поддержки бригад СМП, в том числе в части дистанционного анализа ЭКГ для улучшения координации и качества оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе.

•взаимодействие врача стационара для ТМК с врачом РСЦ/ПСО;

Приказом Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 12.12.2023 г. № 751-Л «О дальнейшем совершенствовании организации оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в Республике Дагестан и признании утратившими силу некоторых нормативно-правовых актов» – РСЦ наделены координирующими функциями ежедневного контроля маршрутизации пациентов с ОКС на территории субъекта Российской Федерации.

2.6.4. Алгоритм взаимодействия при оказании медицинской помощи пациентам с ОКС, требующим проведения рентгенэндоваскулярного, кардиохирургического и иного высокотехнологического медицинского вмешательства, в том числе в профильных федеральных центрах.

1.1. Безотлагательной госпитализации напрямую в РСЦ пациентов машиной скорой медицинской помощи подлежат все пациенты с ОКС с подъемом сегмента ST, при условии отсутствия противопоказаний к транспортировке до РСЦ и при отсутствии тяжелой инкурабельной сопутствующей патологии:

- если время транспортировки составляет менее 120 минут без тромболитической терапии
- если транспортировка составит более 120 минут с тромболитической терапией (до 48 часов от начала заболевания).

1.2. Безотлагательной госпитализации машиной скорой медицинской помощи напрямую в РСЦ подлежат все пациенты с ОКС без подъема сегмента ST высокого риска, при отсутствии у пациента тяжелой инкурабельной сопутствующей патологии:

- некупирующийся болевой синдром на фоне проводимой адекватной антиангинальной терапии, сопровождающейся депрессией сегмента ST на 0,1 мв или транзиторной (менее 30 минут) подъем на 0,1 мв;
- наличие сложных нарушений ритма сердца (ЖТ, ФЖ);
- сахарный диабет в анамнезе, принимается индивидуальное коллегиальное решение вопроса о противопоказаниях к переводу в РСЦ в каждом конкретном случае.

1.3. Остальные пациенты с ОКС без подъема сегмента ST госпитализируются в ПСО в соответствии с маршрутизациями по прикрепленному населению.

1.4. Пациенты с ОКС переводятся в РСЦ после телефонной консультации с кардиологом или рентгенэндоваскулярным хирургом РСЦ по линии санитарной авиации.

1.5. Переводу подлежат пациенты из ПСО и из медицинских организаций, находящихся вне зоны ответственности указанных первичных сосудистых отделений, в региональный сосудистый центр при:

- впервые возникшей стенокардии на уровне III - IV ФК;
- болевой синдром, сопровождающийся изменениями на ЭКГ в виде отрицательного зубца Т с обязательным исследованием маркеров

повреждения миокарда (КФК, КФК-МВ, тропонин Т либо I);

- прогрессирующей стенокардии напряжения;

- отсутствии в анамнезе сочетанной инкурабельной соматической патологии;

 - информированное согласие пациента на перевод

 - переводу в РСЦ подлежат пациенты с ОКС без подъема сегмента ST среднего риска из ПСО и из медицинских организаций, находящихся вне зоны ответственности указанных ПСО, после консультации кардиологом или рентгенэндоваскулярным хирургом РСЦ по линии санитарной авиации.

1.6. Перевод в РСЦ пациентов с любой формой ОКС находящиеся:

 - в глубокой и запредельной коме;

 - в терминальной стадии хронических соматических и онкологических заболеваний, принимается при индивидуальном коллегиальном решение вопроса о противопоказаниях к переводу в РСЦ в каждом конкретном случае.

1.7. Госпитализацию и порядок оказания медицинской помощи больным кардиологического профиля в РСЦ и ПСО осуществлять согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. №918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2014 г. № 171н, от 22 февраля 2019 г. № 89н.

1.8. При наличии экстренных или неотложных показаний на проведение АКШ маршрутизация пациентов осуществляется в соответствии приказа Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 27.12.2024 г. № 432-Л «Об организации маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом для проведения аортокоронарного шунтирования в Республике Дагестан».

2.7.Перечень муниципальных образований с ограниченной (сезонной) транспортной доступностью, с указанием сроков и способов экстренной медицинской эвакуации пациентов с ОКС.

Горные территории занимают 44 процента площади Дагестана (22 335 кв. км). Их природно-климатические особенности, отличающиеся от равнинных, обусловливают специфические параметры функционирования природных экосистем, создают особые условия обитания людей, влияющие на их здоровье, образ жизни и повседневную деятельность.

Горные территории Дагестана расположены в восточной части Кавказского хребта и граничат на юге с Азербайджанской Республикой, на юго-западе – с Республикой Грузия, на западе – с Чеченской Республикой.

Горные территории республики включают в себя 1 166 населенных пунктов, расположенных в 33 муниципальных районах и 1 муниципальном участке. Из общего количества населенных пунктов горных территорий

1 114 входят в состав территориальной зоны «Горный Дагестан», 36 – в состав территориальной зоны «Центральный Дагестан» (22 – в муниципальном образовании «Буйнакский район» и 14 – в муниципальном образовании «Казбековский район»), 16 – в состав территориальной зоны «Прибрежный Дагестан» (8 – в муниципальном образовании «Магарамкентский район», 4 – в муниципальном образовании «Карабудахкентский район», 3 – в муниципальном образовании «Каякентский район» и 1 – в муниципальном образовании «Дербентский район»).

В соответствии со статусом горных территорий, определенным статьей 7 Закона Республики Дагестан от 16 декабря 2010 г. № 72 «О горных территориях Республики Дагестан», в зоне особых условий (выше 2 000 м над уровнем моря) расположено 184 населенных пункта, в первой горной зоне (на высоте от 1 500 до 2 000 м) – 407, во второй горной зоне (от 1 000 до 1 500 м) – 384 и в третьей горной зоне (от 500 до 1000 м над уровнем моря) – 191 населенный пункт.

В соответствии с Законом Республики Дагестан от 5 мая 2006 г. № 25 «О перечне труднодоступных и отдаленных местностей в Республике Дагестан» 492 населенных пункта отнесены к труднодоступным местностям. Эти населенные пункты расположены в основном в зоне особых условий и в первой горной зоне.

2.8. Перечень труднодоступных местностей в Республике Дагестан

1. Агульский район: село Амух, село Анклух, село Арсуг, село Бедюк, село Буркихан, село Буршаг, село Дулдуг, село Кураг, село Миси, село Рича, село Фите, село Худиг, село Хутхул, село Цирхе, село Чираг, село Шари, село Яркуг.

2. Акушинский район: село Аймалабек, село Алиханмахи, село Арассамахи, село Байкатмахи, село Балхар, село Бикаламахи, село Буккамахи, село Бутри, село Верхний Каршли, село Верхние Мулебки, село Верхний Чиамахи, село Гапшима, село Гинта, село Гулебки, село Геба, село Гиягарамахи, село Гуладтымахи, село Дубримахи, село Каддамахи, село Камкадамахи, село Кассагумахи, село Кааямахи, село Кубримахи, село Кулиямахи, село Куркимахи, село Муги, село Мурлатинамахи, село Наци, село Нахки, село Нижний Чиамахи, село Нижний Каршли, село Уллучара, село Танты, село Тебекмахи, село Тузламахи, село Урхулакар, село Ургани, село Уржагимахи, село Усиша, село Уцулимахи, село Хажнимахи, село Хенклакар, село Цуликана, село Щугни, село Шинкбалакада, село Шукты.

3. Ахвахский район: село Верхнее Инхело, село Ингердах, село Кванкеро, село Лологонитль, село Рацитль, село Рачабулда, село Тлибишо, село Тлиси, село Тукита, село Цвакилколо, село Цолода, село Цумали.

4. Ахтынский район: село Гдын, село Гдынк, село Гогаз, село Джаба, село Миджах, село Смугул, село Ухул, село Фий, село Хкем, село Хнов, село Ялак.

5. Бежтинский участок Цунтинского района: село Бежта, село Гарбутль, село Гунзиб, село Нахада, село Тлядал, село Хашархота.

6. Ботлихский район: село Беледи, село Гунха, село Зибирхали, село Зило, село Хелетури.
7. Гергебильский район: село Акушали, село Гоцоб, село Дарада, село Ипута, село Тунзи, село Хварада.
8. Гумбетовский район: село Верхний Арадирих, село Данух, село Ингиши, село Ичичали, село Нижний Арадирих, село Средний Арадирих, село Цунди, село Цилитль, село Шабдух.
9. Гунибский район: село Бацада, село Бухты, село Гамсутль, село Гонода, село Кудали, село Мадала, село Мегеб, село Мучула, село Наказух, село Обох, село Унты, село Шитли, село Шулани, село Шангода.
10. Дахадаевский район: село Ашты, село Аяцимахи, село Аяцури, село Бутулта, село Гузбая, село Гуладты, село Дзилебки, село Дирабакмахи, село Ираки, село Ицари, село Карбучимахи, село Кищамахи, село Кунки, село Микрасанамахи, село Мирзита, село Мусклимахи, село Сумия, село Сур-Сурбачи, село Туракаримахи, село Узралмахи, село Уркутамахи-1, село Уркутамахи-2, село Урцаки, село Хулабаркмахи, село Худуц, село Хуршни, село Цураи, село Цизгари, село Шари.
11. Докузпаринский район: село Куруш, село Текипиркент.
12. Казбековский район: село Артлух.
13. Каякентский район: село Дейбук.
14. Кулинский район: село Кани, село Сукиях, село Хойхи, село Цовкра-1, село Цовкра-2, село Цущар, село Цыйша.
15. Курахский район: село Ашар, село Бахцуг, село Квардал, село Кочхюр, село Ругун, село Сараг, село Хвередж, село Укуз, село Хпюк, село Хюрехюр, село Шимихюр.
16. Лакский район: село Багикла, село Бурши, село Гуйми, село Камахал, село Камаша, село Кубра, село Кукни, село Кунды, село Курла, село Лахир, село Мукар, село Палисма, село Турци, село Хулисма, село Хуты, село Чукна, село Чуртах, село Шуни.
17. Левашинский район: село Айсалакақ, село Айникаб, село Гекнаумахи, село Нижний Арши, село Верхний Арши, село Бургани, село Иргали, село Нижнее Лабкомахи, село Орада Чугли, село Чагни, село Цухта.
18. Рутульский район: село Амсар, село Аракул, село Борч, село Верхний Катрух, село Вруш, село Гельмец, село Джиных, село Джилихур, село Играх, село Иче, село Кальял, село Кина, село Корш, село Курдул, село Лакун, село Кусур, село Лучек, село Микик, село Мишлеш, село Муспах, село Мухах, село Мюхрек, село Оттал, село Сюгут, село Уна, село Фучух, село Хлют, село Хнююх, село Цахур, село Цудик, село Шиназ.
19. Серокалинский район: село Канасираги.
20. Тляратинский район: село Анада, село Барнаб, село Бежуда, село Бетельда, село Бочох, село Бусутли, село Гагар, село Гараколоб, село Гведыш, село Гебгуда, село Генеколоб, село Герель, село Гидатли, село Гиндиб, село Гендух, село Гортноб, село Жажада, село Изта, село Кабасида, село Камилух,

село Кардаб, село Катросо, село Кверсатль, село Кишдатль, село Колоб, село Кутлаб, село Ланда, село Мазада, село Мачар, село Магитль, село Микдатль, село Надар, село Начада, село Никлида, село Никар, село Нойрух, село Ну хотколоб, село Роста, село Сабда, село Саниорта, село Салда, село Санта, село Сикар, село Синида, село Тадиял, село Тамуда, село Талсух, село Тинчуда, село Тихаб, село Тлобзода, село Тлянада, село Тохота, село Ульгеб, село Хамар, село Хорода, село Хадиял, село Хадаколоб, село Хидиб, село Хиндах, село Хинтида, село Хобох село Хорта, село Хотлоб, село Цимгуда, село Цумилух, село Чарах, село Чодода, село Чорода.

21. Унцукульский район: село Инквалита, село Иштибури, село Ка хабросо, село Колоб, село Моксох, село Таратул-Меэр, село Цатаних, село Шулатута.

22. Хивский район: село Атрик, село Хурсатиль.

23. Хунзахский район: село Бaitль, село Буцра, село Гозолоколо, село Гондокори, село Гонох, село Гортколо, село Джалатури, село Оркачи, село Очло, село Сиух, село Тумагари, село Чондотль, село Химакоро, село Эбута.

24. Цумадинский район: село Акнада, село Ангида, село Аща, село Батлахатли, село Верхнее Гаквари, село Верхнее Инхоквари, село Верхнее Хваршини, село Гадири, село Гакко, село Гачитли, село Гимерсо, село Гвиначи, село Гундучи, село Инхоквари, село Кеди, село Кванада, село Квантлада, село Метрада, село Мухарх, село Нижнее Гаквари, село Нижнее Хваршини, село Ричаганих, село Сантлада, село Саситли, село Санух, село Сильди, село Тенла, село Тинди, село Тисси, село Тленхори, село Тлондода, село Хвайни, село Хварши, село Хуштада, село Хонох, село Хушет, село Цидатль, село Цунди, село Цихалах, село Эчеда.

25. Цунтинский район: село Азильта, село Ақды, село Берих, село Вициятль, село Галатли, село Гениятль, село Геназох, село Генух, село Гутатли, село Зехида, село Иха, село Ицирах, село Кидеро, село Китлярта, село Кимятли, село Китури, село Махалотли, село Митлуда, село Мокок, село Ретлоб, село Сагада, село Терутли, село Тляцуда, село Удок, село Халах, село Хамайтли, село Хебатли, село Хонох, село Хетох, село Хибиятль, село Хора, село Хупри, село Хутрах, село Цехок, село Цибари, село Цицимах, село Чалях, село Шайтли, село Шапих, село Шия, село Эльбок.

26. Чародинский район: село Алчуниб, село Арчиб, село Багинуб, село Гилиб, село Гидиб, село Гоаб, село Гонтлоб, село Гочада, село Гочоб, село Гунух, село Доронуб, село Дусрах, село Ириб, село Калиб, село Ка рануб, село Кесериб, село Косрова, село Кубатль, село Кутих, село Кучраб, село Магар, село Могроб, село Мо щоб, село Мугурух, село Мукутль, село Мурух, село Нукуш, село Ритляб, село Рульдаб, село Сачада, село Содаб, село Сумета, село Талух, село Тляробазутль, село Тлярош, село Урух-Сота, село Утлух, село Хилих, село Хинуб, село Хитаб, село Хурух, село Цемер, село Ценеб, село Цулда, село Цуриб, село Чанаб, село Чвадаб, село Чильдаб, село Читаб, село Чуниб, село Шалиб.

27. Шамильский район: село Андых, село Ассаб, село Верхний Батлух, село Верхний Колоб, село Верхний Тогох, село Геницуриб, село Гоор, село Гоор-Хиндах, село Гента, село Дагбаш, село Заната, село Зиуриб, село Кехне, село Киэних, село Куаниб, село Мачада, село Митлиуриб, село Могох, село Мокода, село Мусрух, село Нижний Батлух, село Нижний Колоб, село Нижний Тогох, село Накитль, село Ратлуб, село Ругельда, село Рукдах, село Сомода, село Телетль, село Тлезда, село Тлянуб, село Урчух, село Хамакал, село Хонох, село Хучада, село Цекоб.

Таблица №11

Труднодоступные местности	Сроки и способы экстренной медицинской эвакуации пациентов с ОКС.	
1	СМП -время доезда на АСМП (0ч00мин)	Санавиация - время долета на вертолете медицинском (0ч00мин)
Агульский район	4.30	0.52
Акушинский район	2.10	0.25
Ахвахский район	3.20	0.57
Ахтынский район	4.40	1.10
Ботлихский район	3.00	0.52
Гергебильский район	2.20	0.27
Гумбетовский район	2.30	0.39
Гунибский район	2.45	0.33
Дахадаевский район	3.10	0.32
Докузпаринский район	3.50	1.10
Казбековский район	2.00	0.35
Каякентский район	1.25	0.19
Кулинский район	3.50	0.35
Курахский район	4.05	1.18
Лакский район	3.10	0.30
Левашинский район	1.40	0.19
Рутульский район	5.25	0.56
Сергокалинский район	1.25	0.18
Тляратинский район	5.00	1.05
Унцукульский район	2.00	0.20
Хивский район	4.05	1.00
Хунзахский район	3.05	0.40
Цумадинский район	3.50	0.57
Цунтинский район	6.50	1.00
Бежтинский участок Цунтинского района	5.45	0.57
Чародинский район	3.40	0.38
Шамильский район	3.35	0.39

6. Список контактов для взаимодействия с ответственными лицами и службами МО, задействованных в оказании медицинской помощи пациентам с ОКС.

Таблица №12

Медицинская организация	ФИО	Должность	Контакт Моб. телефон
1	2	3	4
ГБУ РД «Агульская ЦРБ»	Багаудинов Магомедзагид Закирович	Главный врач	8 989 482-42-24
ГБУ РД «Акушинская ЦРБ»	Джамбулатов Айиуб Рашидович	Главный врач	8 906 247-09-99
ГБУ РД «Ахвахская ЦРБ»	Иманалиев Хайбула Байсулаевич	Главный врач	8 988-273-86-88
ГБУ РД «Ахтынская ЦРБ»	Аскарова Мария Акимовна	Главный врач	8 989 927-44-52
ГБУ РД «Бабаюртовская ЦРБ»	Маматаев Руслан Казакмурзаевич	Главный врач	8 989 460-39-95
ГБУ РД «Ботлихская ЦРБ»	Соломанов Руслан Магомедович	Главный врач	8 928 577-77-76
ГБУ РД «Белиджинская УБ»	Тагирбеков Рамазан Магомедович	Главный врач	8 928 508 46 47
ГБУ РД «Буйнакская ЦРБ»	Омаров Батыр-Ахмед Мухтарович	Главный врач	8 928 961-11-16
ГБУ РД «Гергебильская ЦРБ»	Магомедов Осман Зайнулабидович	Главный врач	8 906 760 00 03
ГБУ РД «Гумбетовская ЦРБ»	Абакарова Ухумаали Абакаровича	Главный врач	8 928 972 26 64
ГБУ РД «Гунибская ЦРБ»	Сайдов Насрудин Сайдович	Главный врач	8 985 852-41-05

Медицинская организация	ФИО	Должность	Контакт Моб. телефон
1	2	3	4
ГБУ РД «Дахадаевская ЦРБ»	Абдурагимов Набигулла Талгатович	Главный врач	8 928 052 77 52
ГБУ РД «Дербентская ЦРБ»	Самедов Фуад Вагифович	Главный врач	8 988 206 99 99
ГБУ РД «Докузпаринская ЦРБ»	Ахмедов Заур Ахмедович	Главный врач	8 989 444 57 77
ГБУ РД «Казбековская ЦРБ»	Амиев Рашид Абдулаевич	Главный врач	8 988 271 24 44
ГБУ РД «Кайтагская ЦРБ»	Омаров Рустам Вайсуркураиневич	Главный врач	8 989 454 41 42
ГБУ РД «Карабудахкентская ЦРБ»	Гиравов Расул Гиравович	Главный врач	8 989 655 86 75
ГБУ РД «Каякентская ЦРБ»	Абдурагимов Магомеднаби Камбулатович	Главный врач	8 906 846 66 68
ГБУ РД «Кизилюртовская ЦРБ»	Гаджиев Магомед Сурхаевич	Главный врач	8 928 683 25 92
ГБУ РД «Кизлярская ЦРБ»	Газиев Кутбудин Магомедовича	Главный врач	8 903 423 20 23
ГБУ РД «Кулинская ЦРБ»	Щамхалов Курбанмагомед Гарунович	Главный врач	8 928 527 00 37
ГБУ РД «Кумторкалинская ЦРБ»	Забитова Анель Камильевна	Главный врач	8 963 412 50 50

Медицинская организация	ФИО	Должность	Контакт Моб. телефон
1	2	3	4
ГБУ РД «Курахская ЦРБ»	Азимов Азим Акимович	Главный врач	8 969 747 29 29
ГБУ РД «Лакская ЦРБ»	Гаджиев Мурад Гаджиевич	Главный врач	8 928 099 78 23
ГБУ РД «Левашинская ЦРБ»	Абдураширова Патимат Багандалиевна	Главный врач	8 967 934 44 44
ГБУ РД «Магарамкентская ЦРБ»	Беглеров Гаджибала Гаджиевич	Главный врач	8 906 375 35 23
ГБУ РД «Новолакская ЦРБ»	Султанова Людмила Магомедовна	Главный врач	8 928 866 75 87
ГБУ РД «Ногайская ЦРБ»	Межитова Фаризат Янибековна	Главный врач	8 929 868 36 48
ГБУ РД «Рутульская ЦРБ»	Абеев Султан Кадратович	Главный врач	8 963 424 63 11
ГБУ РД «Сергокалинская ЦРБ»	Багомедов Али Гаджиевич	Главный врач	8 909 481 10 10
ГБУ РД «Сулейман-Стальская ЦРБ»	Алиомаров Мевлидин Мамедович	Главный врач	8 928 587 33 30
ГБУ РД «Табасаранская ЦРБ»	Мирзабеков Абсеретдин Исмаилович	Главный врач	8 963 424 99 11
ГБУ РД «Тарумовская ЦРБ»	Исаев Асхаб Курбанович	Главный врач	8 928 564 64 20
ГБУ РД «Кочубейская МСЧ»	Давудов Магомед Сайпудинович	Главный врач	8 928 683 15 55

Медицинская организация	ФИО	Должность	Контакт Моб. телефон
1	2	3	4
ГБУ РД «Тляратинская ЦРБ»	Гаджиев Ибрагим Магомедович	Главный врач	8 967 392 90 09
ГБУ РД «Унцукульская ЦРБ»	Магомедова Айшат Магомедовна	Главный врач	8 928 562 52 80
ГБУ РД «Хасавюртовская ЦРБ»	Минатуллаев Шамиль Абдулмуслимович	Главный врач	8 928 582 11 57
ГБУ РД «Хивская ЦРБ»	Багичева Индира Муминовна	Главный врач	8 960 416 24 37
ГБУ РД «Хунзахская ЦРБ»	Абдулаев Расул Магомедович	Главный врач	8 988 775 33 03
ГБУ РД «Цумадинская ЦРБ»	Дибирасулаев Хейрул-Анама Магомедович	Главный врач	8 961 837 57 57 8 961 514 86 50
ГБУ РД «Цунтинская ЦРБ»	Алиева Мадинат Рамазановна	Главный врач	8 960 408 47 76
ГБУ РД «ЦРБ Бежтинского участка Цунтинского района»	Абдулмеджидов Али Султанович	Главный врач	8 908 004 55 55
ГБУ РД «Чародинская ЦРБ»	Халилова Зарема Магомедовна	Главный врач	8 965 490 70 02
ГБУ РД «Шамильская ЦРБ»	Курамагомедов Имамшапи Магомедович	Главный врач	8 960 413 41 36
ГБУ РД «Новолакская РБ № 1 (Новострой)»	Халилов Ибрагим Гасанович	Главный врач	8 928 866 83 33
	Исрапилова Бульбул Гасановна	Главный врач	8 928 560 02 84

Медицинская организация	ФИО	Должность	Контакт Моб. телефон
1	2	3	4
ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ»	Гафуров Руслан Гасанович	Главный врач	8 928 533 57 27 8 930 365 5555
ГБУ РД «ЦГБ ГО «город Дагестанские Огни»	Гаджимагомедов Максим Гаджимагомедович	Главный врач	8 960 412 53 20
ГБУ РД «Дербентская ЦГБ»	Мурадов Ислам Усманович	Главный врач	8 926 154 96 89
ГБУ РД «Избербашская ЦГБ»	Абдуллаев Мурад Изамутдинович	Главный врач	8 960 413 00 85
ГБУ РД «Каспийская ЦГБ»	Рамазанов Расим Рагимович	Главный врач	8 928 950 62 72
ГБУ РД «Кизилуртовская ЦГБ»	Шабанова Патимат Дайтбеговна	Главный врач	8 961 406 77 77
ГБУ РД «Кизлярская ЦГБ»	Магомедов Эльдар Ахмедович	Главный врач	8 929 868 05 72
ГБУ РД «Хасавюртовская ЦГБ»	Гаджиева Алжанат Багавудиновна	Главный врач	8 989 897 54 43
ГБУ РД «Южно- Сухокумская ЦГБ»	Цинпаев Джамалутдин Омаревич	Главный врач	8 989 460 03 63
ГБУ РД «РКБ №2»	Гаджимурадов Феликс Ильясбекович	Главный врач	8 928 588 53 10
ГБУ РД «ГКБ»	Малаев Хаджимурат Магомедович	Главный врач	8 988 265 96 60
ГБУ РД «РКБ им. А.В. Вишневского»	Темирболатов Магомедсалам Джанболатович	Главный врач	8 928 565 16 07
ГБУ РД «РКБ СМП»	Иманалиев Магомед Расулович	Главный врач	8 916 844 32 34

Медицинская организация	ФИО	Должность	Контакт Моб. телефон
1	2	3	4
ГБУ РД «НКО ДЦКиССХ»	Абакаров Абакар Магомедович	Главный врач	8 989 446 03 93

2.9. Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия при ОКС с указанием МО, оказывающих специализированную помощь в рамках медицинской реабилитации при ОКС и нормативных сроков ее проведения с учетом значений показателя шкалы реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ).

Пациентам перенесшим ОКС и имеющим нарушения функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья рекомендуется проведение кардиологической реабилитации для снижения риска смерти и частоты госпитализаций, улучшения прогноза, качества жизни и психосоциального статуса, повышения физической работоспособности, восстановления функций сердечно-сосудистой системы, оздоровления образа жизни, коррекции сердечно-сосудистых факторов риска и повышения приверженности лечению. Программа КР должна начинаться как можно раньше после стабилизации клинического состояния пациента, проводиться в плановом порядке, основываться на пациент-ориентированном подходе с учетом медицинских показаний и противопоказаний к проведению отдельных компонентов программы.

Кардиологическая реабилитация представлена трехэтапной системой, в рамках которой осуществляется реабилитация пациента с учетом шкалы реабилитационной маршрутизации.

Этапы и сроки реабилитации

1. Первый этап от 5 –14 дней, в структурных подразделениях медицинской организации, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях (отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) и кардиологическом отделении, палате сосудистого центра или первичного сосудистого отделения);

2. Второй этап от 1 – 6 месяцев, в специализированных (реабилитационных) стационарных отделениях в период выздоровления при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций органов и систем (ШРМ 4 – 5);

3. Третий этап от 1 –12 месяцев, в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара и в санатории кардиологического профиля (ШРМ 2-3). Рекомендуемая общая продолжительность кардиореабилитационной программы на трех этапах составляет не менее 24 недель.

Специализированные учреждения, в которых оказывается кардиологическая реабилитация:

1. ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии им. А.О. Махачева» -2ой этап.
2. Медицинский центр ФГБОУ ВО «ДГМУ» Минздрава России
3. ООО " Санаторий Каспий"
4. Санаторно-реабилитационный центр «Энергетик».
5. Санаторий «Кавказ» - научно-клинический филиал федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2.10. Алгоритм направления на санаторно-курортное лечение пациентов, перенесших ОКС.

Восстановительному лечению в санаториях кардиологического профиля подлежат пациенты в удовлетворительном состоянии, достигшие достаточного уровня физической активности, позволяющего обслуживать себя самостоятельно, совершать ходьбу на расстояние до 1000 м в 2 - 3 приема и подниматься по лестнице на 1 - 2 марша без существенных неприятных ощущений.

При рекомендации курортного лечения больным с заболеваниями сердечнососудистой системы следует учитывать их реактивность на смену погоды и воздерживаться от направления больных с метеотропными реакциями в периоды резких колебаний погоды, особенно в холодный период года, а также на курорты с контрастными климатогеографическими условиями. На курортное лечение следует направлять больных с длительно стабильным течением заболевания.

Однако есть ситуации, когда направление в санаторий не может быть выдано, если у пациента имеются противопоказания к этому виду лечения, связанные с заболеваниями сердечно сосудистой системы.

Противопоказания к санаторному лечению кардиологического профиля:

1. сердечная недостаточность II - III стадий;
2. снижение значения фракции выброса до 40% и ниже;
3. ИБС, стенокардия III - IV функционального класса, в том числе ранняя постинфарктная стенокардия;
4. хроническая аневризма или аневризма аорты с сердечной недостаточностью выше I стадии;
5. атриовентрикулярная блокада II - III степени и другие тяжелые нарушения сердечной проводимости;
6. тяжелые нарушения сердечного ритма и проводимости;
7. рецидивирующий инфаркт миокарда;
8. артериальная гипертензия в сочетании с хронической болезнью почек III - V стадии;
9. гипертоническая болезнь с частыми кризами;

2.11. Схему информационного взаимодействия МО, включенных в Регламент маршрутизации пациентов с ОКС, и информационного обеспечения реализации программы по получению льготных лекарственных препаратов с учетом действующей системы льгот.

Информационное взаимодействия между МО, включенных в Регламент маршрутизации пациентов с ОКС с целью информационного обеспечения реализации программы по получению льготных лекарственных препаратов с учетом действующей системы льгот происходит в рамках ГИС «РФ ЕГИСЗ РД»

3. Регламент маршрутизации пациентов с нарушениями ритма сердца и проводимости

Настоящий регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи больным с нарушениями сердечного ритма и проводимости (далее – НРСиП).

Для целей настоящего регламента к НРСиП относятся состояния, соответствующие кодам I44-I49 международной классификации болезней десятого пересмотра.

3.1. Перечень МО, участвующих в оказании помощи пациентам с НРСиП.

Таблица №13

Муниципальное образование	Наименование медицинской организации
г. Буйнакск	ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ»
г. Дербент	ГБУ РД «Дербентская ЦГБ»
г. Кизляр	ГБУ РД «Кизлярская ЦГБ»
г. Хасавюрт	ГБУ РД «Хасавюртовская ЦГБ»
г. Махачкала	ГБУ РД «ГКБ»
г. Махачкала	ГБУ РД «РКБ им. А.В. Вишневского»
г. Махачкала	ГБУ РД «РКБ СМП»
г. Махачкала	ГБУ НКО «ДЦК и ССХ» им. Махачаева М. О

Наименование медицинской организации	Прикрепленные территории		
ГБУ РД «Республиканская клиническая больница» г. Махачкала	Кировский район г. Махачкалы с прилегающими поселками (Семендер, Красноармейск,	Кумторкалинский район Серокалинский район Ахвахский район	Ботлихский район.

	Ленинкент, Альбурикент, Шамхал, Шамхал - Термен, Сулак) Новострой	Гунибский район Гергебильский район Гумбетовский район ПСО ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ» «Кизлярская ЦГБ»
ГБУ РД «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Махачкала	Советский район г. Махачкалы с прилегающими поселками (Тарки, Кяхулай) г. Избербаш Акушинский район, Каякентский район	Левашинский район Лакский район Кулинский район Унцукульский район Тляратинский район Хунзахский район Цумадинский район
ГБУ РД «Городская клиническая больница» г. Махачкала	Ленинский район г. Махачкалы с прилегающими поселками (Турали, Новый Кяхулай, Новый Хушет) г. Каспийск	Карабудахкентский район Цунтинский район Чародинский район Шамильский район Бежтинский участок
ГБУ РД «Дербентская ЦГБ» г. Дербент	г. Дербент г. Дагестанские Огни Дербентский район С.Стальский район Рутульский район Табасаранский район Хивский район	Ахтынский район Агульский район Дахадаевский район Докузпаринский район Курахский район Кайтагский район Магарамкентский район
ГБУ РД «Хасавюртовская ЦГБ» г. Хасавюрт	г. Хасавюрт г. Кизилюрт Хасавюртовский район Кизилюртовский район	Бабаюртовский район Новолакский район Казбековский район
ГБУ НКО «ДЦК и ССХ» им. Махачаева М.О.		
ГБУ РД «Кизлярская ЦГБ»	г. Кизляр г. Южно-Сухокумск	Кизлярский район Ногайский район Тарумовский район п. Кочубей
ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ»	г. Буйнакск	Буйнакский район

3.2. Алгоритм маршрутизации и медицинской эвакуации пациентов с НРСиП.

Маршрутизация пациентов с нарушениями ритма сердца (аритмиями) включает в себя этапную диагностику, определение тяжести и типа аритмии, а также выбор метода лечения — от медикаментозной терапии до аппаратных методов (кардиостимуляция, абляция) — с последующим направлением в специализированные центры для высокотехнологичного лечения и последующего наблюдения. Важно не затягивать с диагностикой и лечением, чтобы избежать опасных осложнений, таких как инсульт и сердечная недостаточность.

3.3. Основные этапы маршрутизации Первичный осмотр и диагностика

Диагностику аритмий проводит врач поликлиники, кардиолог или врач скорой помощи. Специалист собирает анамнез, осуществляет физикальное обследование пациента. Затем назначаются исследования, в числе которых большое значение имеет регистрация нарушений ритма сердца на ЭКГ. С помощью данного вида исследования определяют локализацию аритмии и её характер.

- Обращение к врачу-терапевту или кардиологу: врач назначит обследование для уточнения диагноза и типа аритмии.
- Инструментальные методы: основным методом диагностики является электрокардиография (ЭКГ). Также могут применяться:

Суточное мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ): для выявления аритмий, которые проявляются эпизодически. Эхокардиография (УЗИ сердца): для оценки структуры и функции сердца.

3.4. Определение тактики лечения

- Медикаментозная терапия: назначается для контроля частоты сердечных сокращений и предотвращения рецидивов аритмии, а также для восстановления ритма (медикаментозная кардиоверсия).
- Электрофизиологические методы: для более сложных форм аритмий используются:
 - Катетерная абляция: малоинвазивная процедура, направленная на устранение участков ткани, вызывающих нарушения ритма.
 - Имплантация кардиостимулятора (водителя ритма) или кардиовертера-дефибриллятора: для лечения брадикардии (замедленного ритма) или жизнеугрожающих аритмий.
 - Кардиоверсия (электрическая): восстановление нормального ритма при помощи разряда электрического тока.

3.5. Алгоритм взаимодействия МО (включая межтерриториальное взаимодействие и взаимодействие с федеральными МО) при направлении пациентов с НРСиП для проведения хирургического вмешательства.

Направление в специализированные центры

- При выявлении сложных форм аритмии, требующих высокотехнологичных методов лечения (например, абляция, имплантация кардиовертера - дефибрилятора), пациент направляется в кардиологический или аритмологический центр.

Дальнейшее наблюдение

- После проведения лечения пациент находится под наблюдением кардиолога, соблюдает все рекомендации врача и проходит регулярные обследования для контроля состояния.

3.6. Перечень муниципальных образований с ограниченной (сезонной) транспортной доступностью, с указанием сроков и способов экстренной медицинской эвакуации пациентов с НРСиП.

Горные территории занимают 44 процента площади Дагестана (22 335 кв. км). Их природно-климатические особенности, отличающиеся от равнинных, обусловливают специфические параметры функционирования природных экосистем, создают особые условия обитания людей, влияющие на их здоровье, образ жизни и повседневную деятельность.

Горные территории Дагестана расположены в восточной части Кавказского хребта и граничат на юге с Азербайджанской Республикой, на юго-западе – с Республикой Грузия, на западе – с Чеченской Республикой.

Горные территории республики включают в себя 1 166 населенных пунктов, расположенных в 33 муниципальных районах и 1 муниципальном участке. Из общего количества населенных пунктов горных территорий 1 114 входят в состав территориальной зоны «Горный Дагестан», 36 – в состав территориальной зоны «Центральный Дагестан» (22 – в муниципальном образовании «Буйнакский район» и 14 – в муниципальном образовании «Казбековский район»), 16 – в состав территориальной зоны «Прибрежный Дагестан» (8 – в муниципальном образовании «Магарамкентский район», 4 – в муниципальном образовании «Карабудахкентский район», 3 – в муниципальном образовании «Каякентский район» и 1 – в муниципальном образовании «Дербентский район»).

В соответствии со статусом горных территорий, определенным статьей 7 Закона Республики Дагестан от 16 декабря 2010 г. № 72 «О горных территориях Республики Дагестан», в зоне особых условий (выше 2 000 м над уровнем моря) расположено 184 населенных пункта, в первой горной зоне (на высоте от 1 500 до 2 000 м) – 407, во второй горной зоне (от 1 000 до 1 500 м) – 384 и в третьей горной зоне (от 500 до 1000 м над уровнем моря) – 191 населенный пункт.

В соответствии с Законом Республики Дагестан от 5 мая 2006 г. № 25 «О перечне труднодоступных и отдаленных местностей в Республике Дагестан» 492 населенных пункта отнесены к труднодоступным местностям. Эти населенные пункты расположены в основном в зоне особых условий и в первой горной зоне.

3.7. Перечень труднодоступных местностей в Республике Дагестан

1. Агульский район: село Амух, село Анклух, село Арсуг, село Бедюк, село Буркихан, село Буршаг, село Дулдуг, село Кураг, село Миси, село Рича, село Фите, село Худиг, село Хутхул, село Цирхе, село Чираг, село Шари, село Яркуг.

2. Акушинский район: село Аймалабек, село Алиханмахи, село Арассамахи, село Байкатмахи, село Балхар, село Бикаламахи, село Буккамахи, село Бутри, село Верхний Каршли, село Верхние Мулебки, село Верхний Чиамахи, село Гапшима, село Гинта, село Гулебки, село Геба, село Гиягарамахи, село Гуладтымахи, село Дубримахи, село Каддамахи, село Камкадамахи, село Кассагумахи, село Калямахи, село Кубримахи, село Кулиямахи, село Куркимахи, село Муги, село Мурлатинамахи, село Наци, село Нахки, село Нижний Чиамахи, село Нижний Каршли, село Уллучара, село Танты, село Тебекмахи, село Тузламахи, село Урхулакар, село Ургани, село Уржагимахи, село Усиша, село Уцулимахи, село Хажнимахи, село Хенклакар, село Цуликана, село Цугни, село Шинкбалакада, село Шукты.

3. Ахвахский район: село Верхнее Инхело, село Ингердах, село Кванкеро, село Лологонитль, село Рацитль, село Рачабулда, село Тлибишо, село Тлиси, село Тукита, село Цвакилколо, село Цолода, село Цумали.

4. Ахтынский район: село Гдым, село Гдынк, село Гогаз, село Джаба, село Миджах, село Смугул, село Ухул, село Фий, село Хкем, село Хнов, село Ялак.

5. Бежтинский участок Цунтинского района: село Бежта, село Гарбутль, село Гунзиб, село Находа, село Тлядал, село Хашархота.

6. Ботлихский район: село Беледи, село Гунха, село Зибирхали, село Зило, село Хелетури.

7. Гергебильский район: село Акушали, село Гоцоб, село Дарада, село Ипута, село Тунзи, село Хварада.

8. Гумбетовский район: село Верхний Арадирих, село Данух, село Ингиши, село Иччали, село Нижний Арадирих, село Средний Арадирих, село Цунди, село Цилитль, село Шабдух.

9. Гунибский район: село Бацада, село Бухты, село Гамсутль, село Гонода, село Кудали, село Мадала, село Мегеб, село Мучула, село Наказух, село Обох, село Унты, село Шитли, село Шулани, село Шангода.

10. Дахадаевский район: село Ашты, село Аяцимахи, село Аяцури, село Бутулта, село Гузбая, село Гуладты, село Дзилебки, село Дирбакмахи, село Ираки, село Ицари, село Карбучимахи, село Кищамахи, село Кунки, село Микрасанамахи, село Мирзита, село Мусклимахи, село Сумия, село Сур-

Сурбачи, село Туракаримахи, село Узралмахи, село Уркутамахи-1, село Уркутамахи-2, село Урцаки, село Хулабаркмахи, село Худуц, село Хуршни, село Цураи, село Цизгари, село Шари.

11. Докузпаринский район: село Куруш, село Текипиркент.
12. Казбековский район: село Артлух.
13. Каякентский район: село Дейбук.
14. Кулинский район: село Кани, село Сукиях, село Хойхи, село Цовкра-1, село Цовкра-2, село Цущар, село Цыйша.
15. Курахский район: село Ашар, село Бахцуг, село Квардал, село Кочхюр, село Ругун, село Сараг, село Хвередж, село Укуз, село Хпюк, село Хюрехюр, село Шимихюр.
16. Лакский район: село Багикла, село Бурши, село Гуйми, село Камахал, село Камаша, село Кубра, село Кукни, село Кунды, село Курла, село Лахир, село Мукар, село Палисма, село Турци, село Хулисма, село Хуты, село Чукна, село Чуртах, село Шуни.
17. Левашинский район: село Айсалакак, село Айникаб, село Гекнаумахи, село Нижний Арши, село Верхний Арши, село Бургани, село Иргали, село Нижнее Лабкомахи, село Орада Чугли, село Чагни, село Цухта.
18. Рутульский район: село Амсар, село Аракул, село Борч, село Верхний Катрух, село Вруш, село Гельмец, село Джиных, село Джилихур, село Играх, село Иче, село Кальял, село Кина, село Корш, село Курдул, село Лакун, село Кусур, село Лучек, село Микик, село Мишлеш, село Муспах, село Мухах, село Мюхрек, село Оттал, село Сюгут, село Уна, село Фучух, село Хлют, село Хнююх, село Цахур, село Цудик, село Шиназ.
19. Сергокалинский район: село Канасираги.
20. Тляратинский район: село Анада, село Барнаб, село Бежуда, село Бетельда, село Бочох, село Бусутли, село Гагар, село Гараколоб, село Гведыш, село Гебгуда, село Генеколоб, село Герель, село Гидатли, село Гиндиб, село Гендух, село Гортноб, село Жажада, село Изта, село Кабасида, село Камилух, село Кардиб, село Катросо, село Кверсатль, село Кишдатль, село Колоб, село Кутлаб, село Ланда, село Мазада, село Мачар, село Магитль, село Микдатль, село Надар, село Начада, село Никлида, село Никар, село Нойрух, село Нухотколоб, село Роста, село Сабда, село Саниорта, село Салда, село Санта, село Сикар, село Синида, село Тадиял, село Тамуда, село Талсух, село Тинчуда, село Тихаб, село Тлобзода, село Тлянада, село Тохота, село Ульгеб, село Хамар, село Хорода, село Хадиял, село Хадаколоб, село Хидиб, село Хиндах, село Хинтида, село Хобох село Хорта, село Хотлоб, село Цимгуда, село Цумилух, село Чарах, село Чодода, село Чорода.
21. Унцукульский район: село Инквалита, село Иштибури, село Кахабросо, село Колоб, село Моксох, село Таратул-Меэр, село Цатаних, село Шулатута.
22. Хивский район: село Атрик, село Хурсатиль.

23. Хунзахский район: село Байтль, село Буцра, село Гозолоколо, село Гондокори, село Гонох, село Гортколо, село Джалатури, село Оркачи, село Очло, село Сиух, село Тумагари, село Чондотль, село Химакоро, село Эбута.

24. Цумадинский район: село Акнада, село Ангидা, село Аща, село Батлахатли, село Верхнее Гаквари, село Верхнее Инхоквари, село Верхнее Хваршини, село Гадири, село Гакко, село Гачитли, село Гимерсо, село Гвиначи, село Гундучи, село Инхоквари, село Кеди, село Кванада, село Квантлада, село Метрада, село Мухарх, село Нижнее Гаквари, село Нижнее Хваршини, село Ричаганих, село Сантлада, село Саситли, село Санух, село Сильди, село Тенла, село Тинди, село Тисси, село Тленхори, село Тлондода, село Хвайни, село Хварши, село Хуштада, село Хонох, село Хушет, село Цидатль, село Цунди, село Цихалах, село Эчеда.

25. Цунтинский район: село Азильта, село Акды, село Берих, село Вициятль, село Галатли, село Гениятль, село Геназох, село Генух, село Гутатли, село Зехида, село Иха, село Ицирах, село Кидеро, село Китлярта, село Кимятли, село Китури, село Махалотли, село Митлуда, село Мокок, село Ретлоб, село Сагада, село Терутли, село Тляцуда, село Удок, село Халах, село Хамайтли, село Хебатли, село Хонох, село Хетох, село Хибиятль, село Хора, село Хупри, село Хутрах, село Цехок, село Цибари, село Цицимах, село Чалих, село Шайтли, село Шапих, село Шия, село Эльбок.

26. Чародинский район: село Алчуниб, село Арчиб, село Багинуб, село Гилиб, село Гидиб, село Гоаб, село Гонтлоб, село Гочада, село Гочоб, село Гунух, село Доронуб, село Дусрах, село Ириб, село Калиб, село Карануб, село Кесериб, село Косрода, село Кубатль, село Кутих, село Кучраб, село Магар, село Могроб, село Мошоб, село Мугурух, село Мукутль, село Мурух, село Нукуш, село Ритляб, село Рульдаб, село Сачада, село Содаб, село Сумета, село Талух, село Тляробазутль, село Тлярош, село Урух-Сота, село Утлух, село Хилих, село Хинуб, село Хитаб, село Хурух, село Цемер, село Ценеб, село Цулда, село Цуриб, село Чанаб, село Чвадаб, село Чильдаб, село Читаб, село Чуниб, село Шалиб.

27. Шамильский район: село Андых, село Ассаб, село Верхний Батлух, село Верхний Колоб, село Верхний Тогох, село Генишуриб, село Гоор, село Гоор-Хиндах, село Гента, село Дагбаш, село Заната, село Зиуриб, село Кехне, село Киэних, село Куаниб, село Мачада, село Митлиуриб, село Могох, село Мокода, село Мусрух, село Нижний Батлух, село Нижний Колоб, село Нижний Тогох, село Накитль, село Ратлуб, село Ругельда, село Рукдах, село Сомода, село Телетль, село Тлезда, село Тлянуб, село Урчух, село Хамакал, село Хонох, село Хучада, село Цекоб.

Таблица №14

Труднодоступные местности	Сроки и способы экстренной медицинской эвакуации пациентов с НРСиП.	
1	СМП -время доезда на АСМП (0ч00мин)	Санавиация - время долета на вертолете медицинском (0ч00мин)
Агульский район	4.30	0.52
Акушинский район	2.10	0.25
Ахвахский район	3.20	0.57
Ахтынский район	4.40	1.10
Ботлихский район	3.00	0.52
Гергебильский район	2.20	0.27
Гумбетовский район	2.30	0.39
Гунибский район	2.45	0.33
Дахадаевский район	3.10	0.32
Докузпаринский район	3.50	1.10
Казбековский район	2.00	0.35
Каякентский район	1.25	0.19
Кулинский район	3.50	0.35
Курахский район	4.05	1.18
Лакский район	3.10	0.30
Левашинский район	1.40	0.19
Рутульский район	5.25	0.56
Сергокалинский район	1.25	0.18
Тляратинский район	5.00	1.05
Унцукульский район	2.00	0.20
Хивский район	4.05	1.00
Хунзахский район	3.05	0.40
Цумадинский район	3.50	0.57
Цунтинский район	6.50	1.00
Бежтинский участок Цунтинского района	5.45	0.57
Чародинский район	3.40	0.38
Шамильский район	3.35	0.39

5. Список контактов для взаимодействия с ответственными лицами и службами МО, задействованных в оказании медицинской помощи пациентам с НРСиП.

Таблица №15

Медицинская организация	ФИО	Должность	Контакт Моб. телефон
1	2	3	4
ГБУ РД «Агульская ЦРБ»	Багаудинов Магомедзагид Закирович	Главный врач	8 989 482-42-24
ГБУ РД «Акушинская ЦРБ»	Джамбулатов Айиуб Рашидович	Главный врач	8 906 247-09-99
ГБУ РД «Ахвахская ЦРБ»	Иманалиев Хайбула Байсулаевич	Главный врач	8 988-273-86-88
ГБУ РД «Ахтынская ЦРБ»	Аскарова Мария Акимовна	Главный врач	8 989 927-44-52
ГБУ РД «Бабаюртовская ЦРБ»	Маматаев Руслан Казакмурзаевич	Главный врач	8 989 460-39-95
ГБУ РД «Ботлихская ЦРБ»	Соломанов Руслан Магомедович	Главный врач	8 928 577-77-76
ГБУ РД «Белиджинская УБ»	Тагирбеков Рамазан Магомедович	Главный врач	8 928 508 46 47
ГБУ РД «Буйнакская ЦРБ»	Омаров Батыр-Ахмед Мухтарович	Главный врач	8 928 961-11-16
ГБУ РД «Гергебильская ЦРБ»	Магомедов Осман Зайнулабидович	Главный врач	8 906 760 00 03
ГБУ РД «Гумбетовская ЦРБ»	Абакарова Ухумаали Абакаровича	Главный врач	8 928 972 26 64
ГБУ РД «Гунибская ЦРБ»	Саидов Насрудин Саидович	Главный врач	8 985 852-41-05
ГБУ РД «Дахадаевская ЦРБ»	Абдурагимов Набигулла Талгатович	Главный врач	8 928 052 77 52
ГБУ РД «Дербентская ЦРБ»	Самедов Фуад Вагифович	Главный врач	8 988 206 99 99
ГБУ РД «Докузпаринская ЦРБ»	Ахмедов Заур Ахмедович	Главный врач	8 989 444 57 77

Медицинская организация	ФИО	Должность	Контакт Моб. телефон
1	2	3	4
ГБУ РД «Казбековская ЦРБ»	Амиев Рашид Абдулаевич	Главный врач	8 988 271 24 44
ГБУ РД «Кайтагская ЦРБ»	Омаров Рустам Вайсуркураниеевич	Главный врач	8 989 454 41 42
ГБУ РД «Карабудахкентская ЦРБ»	Гиравов Расул Гиравович	Главный врач	8 989 655 86 75
ГБУ РД «Каякентская ЦРБ»	Абдурагимов Магомеднаби Камбулатович	Главный врач	8 906 846 66 68
ГБУ РД «Кизилуртовская ЦРБ»	Гаджиев Магомед Сурхаевич	Главный врач	8 928 683 25 92
ГБУ РД «Кизлярская ЦРБ»	Газиев Кутбудин Магомедовича	Главный врач	8 903 423 20 23
ГБУ РД «Кулинская ЦРБ»	Щамхалов Курбанмагомед Гарунович	Главный врач	8 928 527 00 37
ГБУ РД «Кумторкалинская ЦРБ»	Забитова Анель Камильевна	Главный врач	8 963 412 50 50
ГБУ РД «Курахская ЦРБ»	Азимов Азим Акимович	Главный врач	8969 747 29 29
ГБУ РД «Лакская ЦРБ»	Гаджиев Мурад Гаджиевич	Главный врач	8 928 099 78 23
ГБУ РД «Левашинская ЦРБ»	Абдурашидова Патимат Багандалиевна	Главный врач	8 967 934 44 44
ГБУ РД «Магарамкентская ЦРБ»	Беглеров Гаджибала Гаджиевич	Главный врач	8 906 375 35 23
ГБУ РД «Новолакская ЦРБ»	Султанова Людмила Магомедовна	Главный врач	8 928 866 75 87
ГБУ РД «Ногайская ЦРБ»	Межитова Фаризат Янибековна	Главный врач	8 929 868 36 48
ГБУ РД «Рутульская ЦРБ»	Абеев Султан Кадратович	Главный врач	8 963 424 63 11

Медицинская организация	ФИО	Должность	Контакт Моб. телефон
1	2	3	4
ГБУ РД «Сергокалинская ЦРБ»	Багомедов Али Гаджиевич	Главный врач	8 909 481 10 10
ГБУ РД «Сулейман-Стальская ЦРБ»	Алиомаров Мевлидин Мамедович	Главный врач	8 928 587 33 30
ГБУ РД «Табасаранская ЦРБ»	Мирзабеков Абсеретдин Исмаилович	Главный врач	8 963 424 99 11
ГБУ РД «Тарумовская ЦРБ»	Исаев Асхаб Курбанович	Главный врач	8 928 564 64 20
ГБУ РД «Кочубейская МСЧ»	Давудов Магомед Сайпудинович	Главный врач	8 928 683 15 55
ГБУ РД «Тляратинская ЦРБ»	Гаджиев Ибрагим Магомедович	Главный врач	8 967 392 90 09
ГБУ РД «Унцукульская ЦРБ»	Магомедова Айшат Магомедовна	Главный врач	8 928 562 52 80
ГБУ РД «Хасавюртовская ЦРБ»	Минатуллаев Шамиль Абдулмуслимович	Главный врач	8 928 582 11 57
ГБУ РД «Хивская ЦРБ»	Багичева Индира Муминовна	Главный врач	8 960 416 24 37
ГБУ РД «Хунзахская ЦРБ»	Абдулаев Расул Магомедович	Главный врач	8 988 775 33 03
ГБУ РД «Цумадинская ЦРБ»	Дибирасулаев Хейрул-Анама Магомедович	Главный врач	8 961 837 57 57
ГБУ РД «Цунтинская ЦРБ»	Алиева Мадинат Рамазановна	Главный врач	8 961 514 86 50
ГБУ РД «ЦРБ Бежтинского участка Цунтинского района»	Абдулмеджидов Али Султанович	Главный врач	8 908 004 55 55
	Халилова Зарема Магомедовна	Главный врач	8 965 490 70 02

Медицинская организация	ФИО	Должность	Контакт Моб. телефон
1	2	3	4
ГБУ РД «Чародинская ЦРБ»	Курамагомедов Имамшапи Магомедович	Главный врач	8 960 413 41 36
ГБУ РД «Шамильская ЦРБ»	Халилов Ибрагим Гасанович	Главный врач	8 928 866 83 33
ГБУ РД «Новолакская РБ № 1 (Новострой)»	Исрапилова Бульбул Гасановна	Главный врач	8 928 560 02 84
ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ»	Гафуров Руслан Гасанович	Главный врач	8 928 533 57 27 8 930 365 5555
ГБУ РД «ЦГБ ГО «город Дагестанские Огни»	Гаджимагомедов Максим Гаджимагомедович	Главный врач	8 960 412 53 20
ГБУ РД «Дербентская ЦГБ»	Мурадов Ислам Усманович	Главный врач	8 926 154 96 89
ГБУ РД «Избербашская ЦГБ»	Абдуллаев Мурад Изамутдинович	Главный врач	8 960 413 00 85
ГБУ РД «Каспийская ЦГБ»	Рамазанов Расим Рагимович	Главный врач	8 928 950 62 72
ГБУ РД «Кизилюртовская ЦГБ»	Шабанова Патимат Даитбеговна	Главный врач	8 961 406 77 77
ГБУ РД «Кизлярская ЦГБ»	Магомедов Эльдар Ахмедович	Главный врач	8 929 868 05 72
ГБУ РД «Хасавюртовская ЦГБ»	Гаджиева Алжанат Багавудиновна	Главный врач	8 989 897 54 43
ГБУ РД «Южно-Сухокумская ЦГБ»	Цинпаев Джамалутдин Омаревич	Главный врач	8 989 460 03 63
ГБУ РД «РКБ №2»	Гаджимурадов Феликс Ильясбекович	Главный врач	8 928 588 53 10
ГБУ РД «ГКБ»	Малаев Хаджимурат Магомедович	Главный врач	8 988 265 96 60
ГБУ РД «РКБ им. А.В. Вишневского»	Темирболатов Магомедсалам Джанболатович	Главный врач	8 928 565 16 07

Медицинская организация	ФИО	Должность	Контакт Моб. телефон
1	2	3	4
ГБУ РД «РКБ СМП»	Иманалиев Магомед Расулович	Главный врач	8 916 844 32 34
ГБУ РД «НКО ДЦКиСХ»	Абакаров Абакар Магомедович	Главный врач	8 989 446 03 93

3.8. Механизм учета пациентов, перенесших хирургическое вмешательство по поводу НРСиП, в том числе за пределами субъекта Российской Федерации, в рамках отдельного регистра/реестра (при наличии), с указанием перечня МО, осуществляющих наблюдение за пациентами с имплантированными устройствами.

Механизм учета пациентов после имплантации кардиостимулятора включает регулярные клинические осмотры и проверки работы устройства с помощью специального программатора, а также индивидуальные рекомендации по образу жизни и ограничению нагрузок. Пациентам выдается карта имплантированного устройства, а также рекомендуется информировать врачей о наличии кардиостимулятора перед любыми медицинскими процедурами, способными вызвать помехи работе прибора.

Механизм учета пациентов после радиочастотной абляции (РЧА) включает антикоагулянтную терапию (обычно в течение 3-х месяцев или дольше, в зависимости от риска инсульта) и плановое наблюдение для мониторинга рецидивов аритмии. Регулярный контроль симптомов и ЭКГ-мониторирование (включая Холтер) через 3 месяца после процедуры, а затем каждые 6 месяцев, являются ключевыми для оценки эффективности вмешательства и своевременного выявления осложнений.

3.9. Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия пациентов с НРСиП с учетом значений показателя ШРМ при выписке с указанием МО, оказывающих специализированную помощь в рамках реабилитации, а также сроков проведения реабилитации с учетом ШРМ

3.10. Алгоритм направления пациентов с НРСиП на санаторно-курортное лечение.

Алгоритм направления на реабилитацию пациентов с НРСиП включает: оценка состояния пациента после выписки из стационара, определение реабилитационного потенциала, выбор подходящего этапа реабилитации (стационар, поликлиника, на дому, санаторий), подбор индивидуальных реабилитационных мероприятий и их проведение.

Этапы реабилитации:

1. Клинический этап

(стационарный): проводится в больницах, реанимациях и специализированных отделениях, направлен на восстановление функций и подготовку к дальнейшему лечению.

2. Стационарный этап реабилитационных центров:

восстановление функций организма и психического состояния.

3. Поликлинический этап:

осуществляется в поликлиниках, выездными бригадами на дому или в санаторно-курортных учреждениях.

Процесс направления на реабилитацию:

1. Оценка состояния пациента:

После выписки из стационара, специалист проводит оценку состояния здоровья, определяет реабилитационный потенциал и потребность в реабилитационных мероприятиях.

2. Определение этапа реабилитации:

В зависимости от состояния пациента и диагноза, определяется, какой этап реабилитации будет наиболее подходящим – стационарный, амбулаторный или санаторный.

3. Подбор реабилитационных мероприятий:

Подбираются индивидуальные реабилитационные мероприятия, которые могут включать:

- **Физиотерапию:** восстановление двигательных функций.
- **Лечебную гимнастику и физические тренировки:** укрепление мышц и общего состояния.
- **Массаж:** расслабление мышц и улучшение кровообращения.
- **Бальнеотерапию:** лечение с использованием природных факторов.

4. Назначение и контроль:

Назначаются конкретные реабилитационные мероприятия с указанием их периодичности и продолжительности, а также осуществляется контроль за их эффективностью.

Алгоритм направления пациентов с НРСиП на санаторно-курортное лечение (если данный алгоритм отличается от представленного в общей части Регионального Порядка).

Санаторно-курортное лечение: восстановление психического и физического здоровья.

3.11. Схему информационного взаимодействия МО, включенных в регламент маршрутизации пациентов с НРСиП и информационного обеспечения реализации программы по получению бесплатных лекарственных препаратов с учетом действующей системы льгот.

Для получения льготных лекарств пациент с НРСиП должен сначала получить направление в специализированное медицинское учреждение и

выписку о своем заболевании, а затем обратиться к лечащему врачу для оформления рецепта. Для этого потребуется паспорт, СНИЛС, полис ОМС, медицинская справка из специализированного учреждения и, при необходимости, документ, подтверждающий право на льготу (например, справка об инвалидности). Рецепт выписывается по медицинским показаниям, а затем пациент получает препарат в аптечном учреждении.

Шаги по получению льготных лекарств:

1. Обратитесь в специализированное медицинское учреждение:

Получите выписку о своем заболевании (для НРСиП) в специализированной клинике или диспансере, где вы наблюдаетесь.

2. Получите рецепт от лечащего врача:

Возьмите выписку из специализированного учреждения и обратитесь к лечащему врачу в поликлинике по месту жительства. Он выпишет рецепт на льготные препараты при наличии медицинских показаний.

3. Подготовьте необходимые документы:

- Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность.
- Полис ОМС.
- СНИЛС.
- Документ, подтверждающий право на льготу (например, справка МСЭ об инвалидности).
- Медицинская выписка из специализированного учреждения.

4. Получите лекарство в аптеке:

С полученным льготным рецептом обратитесь в аптечное учреждение, которое обеспечивает льготные рецепты.

Важные моменты:

Для пациентов с НРСиП предоставляются лекарства, включенные в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих заболеваний.

Рецепт может быть как на бумажном носителе, так и в электронном виде.

Если лекарства нет в аптеке, необходимо зафиксировать свой визит в «Книгу жалоб и предложений» или составить письменное заявление заведующему аптекой.

Если вы отказались от получения набора социальных услуг (НСУ), но хотите возобновить льготное обеспечение, необходимо подать заявление в Социальный фонд России до 1 октября текущего года.

4. Регламент маршрутизации пациентов с хронической сердечной недостаточностью

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

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

4.1. Перечень участвующих в маршрутизации пациентов с ХСН структурных подразделений МО:

На базе ГБУ РД «Республиканский кардиологический диспансер» организуется Республиканский амбулаторно-консультативный центр ХСН (далее РАКЦ ХСН), который является над уровневой структурой, осуществляющей координационную роль по взаимодействию медицинских организаций на всех трех уровнях оказания медицинской помощи больным с хронической сердечной недостаточностью и осуществляющего госпитализацию в интересах больного с ХСН без учета зоны территориального прикрепления населения муниципальных районов и городов к медицинским организациям III уровней при специализированной стационарной медицинской помощи больным с ХСН.

Таблица №16

Уровень оказания мед. помощи	Наименование учреждения здравоохранения
I уровень	Первичные амбулаторные центры ХСН с функцией удалённого мониторинга (ПАЦ), терапевтические отделения с койками ХСН (далее ТО ХСН) – в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь взрослому населению по профилю «терапия»
II уровень	Межмуниципальные кардиологические центры для лечения хронической сердечной недостаточности (далее ММКЦ ХСН) ГБУ РД «Дербентская ЦГБ», «Кизилюртовская ЦГБ».

	<p>Межмуниципальные кардиологические отделения с койками ХСН ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ», «Кизлярская ЦГБ», «Хасавюртовская ЦГБ» (далее КО ХСН).</p> <p>Амбулаторно кардиологические центры на базе ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ», «Дербентская ЦГБ», «Кизилюртовская ЦГБ», «Кизлярская ЦГБ», «Хасавюртовская ЦГБ», «Городская клиническая больница» (далее АКЦ) и кардиологические кабинеты в поликлиниках по оказанию помощи пациентам с диагнозом ХСН: ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ», «Дербентская ЦГБ», «Кизлярская ЦГБ», «Хасавюртовская ЦГБ», «Городская клиническая больница»</p>
III уровень	<p>ГБУ РД «Республиканская клиническая больница»</p> <p>Центр по диагностике и лечению пациентов с хронической сердечной недостаточности в стационарных условиях</p>
	<p>ГБУ РД «Республиканская клиническая больница №2»</p> <p>Центр по диагностике и лечению пациентов с хронической сердечной недостаточности в стационаре (прикреплённое население)</p>
	<p>ГБУ РД «Городская клиническая больница»</p> <p>Центр по диагностике и лечению пациентов с хронической сердечной недостаточности в стационарных условиях (прикреплённое население)</p>
	<p>ГБУ РД «Научно-клиническое объединение Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии»</p> <p>Центр по диагностике и хирургическому лечению пациентов с хронической сердечной недостаточности в стационарных условиях</p>

**4.2. Зоны территориального прикрепления населения
муниципальных районов и городов к медицинским организациям II- III
уровней при оказании первичной медико-санитарной (амбулаторной) и
специализированной (стационарной медицинской помощи больным с
ХСН) II уровень, Межмуниципальные кардиологические отделения с
койками ХСН (КО ХСН)**

Таблица №17

ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ» Межмуниципальное кардиологическое отделение с койками ХСН (КО ХСН)	Всего нас.	Взрослое нас.	Трудо. сп
«Буйнакская ЦГБ»	66422	49926	39317
«Ахвахская ЦРБ»	25287	18182	14834
«Ботлихская ЦРБ»	60512	44146	36644
«Буйнакская ЦРП»	82698	58016	46705
«Гергебельская ЦРБ»	22055	16546	13018
«Гумбетовская ЦРБ»	23353	18468	14298
«Гунибская ЦРБ»	27763	21473	16319
«Тляратинская ЦРБ»	24884	16744	13411
«Унцукульская ЦРБ»	31839	23585	19053
«Хунзахская ЦРБ»	32957	24375	19101
«Цумадинская ЦРБ»	26468	18329	14966
«Цунтинская ЦРБ»	12676	7582	3457
«Бол. Бежтинского уч.»	8164	5010	4106
«Чародинская ЦРБ»	13338	9433	7308
«Шамильская ЦРБ»	30302	22015	16897
Итого прикреплено населения	488718	353830	279434
ГБУ РД «Кизлярская ЦГБ» Межмуниципальное кардиологическое отделение с койками ХСН (КО ХСН)	Всего нас.	Взрослое нас.	Трудо. сп
«Кизлярская ЦГБ»	51769	39752	30098
«Ю-Сухокумская ЦГБ»	10803	8107	6619
«Кизлярская ЦРБ»	75278	54091	43699
«Ногайская ЦРБ»	18004	13573	10225
«Тарумовская ЦРБ»	25909	17756	14692
«МСЧ п. Кочубей»	12550	9669	8172
Итого прикреплено населения	194313	142948	113505

ГБУ РД ПСО «Хасавюртовская ЦГБ» Межмуниципальное кардиологическое отделение с койками ХСН (КО ХСН)	Всего нас.	Взрослое нас.	Трудо. сп
«Хасавюртовская ЦГБ»	146394	108447	89645
«Хасавюртовская ЦРП»	161352	108885	89131
«Бабаюртовская ЦРБ»	48606	34885	28431
«Новолакская ЦРБ»	23918	16260	13190
«Казбековская ЦРБ»	49834	34162	27977
Итого прикреплено населения	430104	302639	248374

**4.3. Межмуниципальные кардиологические центры для лечения
хронической сердечной недостаточности (ММКЦ ХСН)**

Таблица №18

ГБУ РД «Дербентская ЦГБ» Межмуниципальный кардиологический центр для лечения хронической сердечной недостаточности (ММКЦ ХСН)	Всего нас.	Взрослое нас.	Трудо. сп
«Дербентская ЦГБ»	126606	99978	80685
«ЦГБ ГО «г. Даг. Огни»	30120	20986	16175
«Дербентская ЦРП»	80056	56427	48056
«Белиджинская УБ»	21551	14591	12814
«С.Стальская ЦРБ»	55376	42864	33395
«Рутульская ЦРБ»	20919	15178	12145
«Табасанарская ЦРБ»	50472	33986	27102
«Хивский ЦРБ»	20755	15289	12205
«Ахтынская ЦРБ»	31032	24552	19568
«Агульская ЦРБ»	10209	7995	6214
«Дахадаевская ЦРБ»	36520	26388	20548
«Докузпаринская ЦРБ»	14916	10719	8712
«Курахская ЦРБ»	14386	10986	8766
«Кайтакская ЦРБ»	33365	23615	18785
«Магарамкентская ЦРБ»	61328	46899	37757
Итого прикреплено населения	607611	450453	362927

ГБУ РД «Кизилюртовское ЦГБ» Межмуниципальный кардиологический	Всего нас.	Взрослое нас.	Трудо. сп

центр для лечения хронической сердечной недостаточности (ММКЦ ХСН)			
«Кизилуртовская ЦГБ»	49136	35914	28672
«Кизилуртовская ЦРБ»	72893	49573	39791
Итого прикреплено населения	122029	85487	68463

III уровень**Республиканские центры диагностики и лечения пациентов с ХСН**

Таблица №19

ГБУ РД «Республиканская клиническая больница им. А.В. Вишневского» Центр по диагностике и лечению пациентов с хронической сердечной недостаточностью в стационарных условиях	Всего нас.	Взрослое нас.	Трудо. сп
«Кизилуртовская ЦГБ» (ММКЦ ХСН)	122029	85487	68463
«Буйнакская ЦГБ» (КО ХСН)	488718	353830	279434
«Дербентская ЦГБ» (ММКЦ ХСН)	607611	450453	362927
«Кизлярская ЦГБ» (КО ХСН)	194313	142948	113505
«Хасавюртовская ЦГБ» (КО ХСН)	552133	388126	316837
Итого прикреплено населения	1964804	1420844	1141166
ГБУ РД «Республиканская клиническая больница № 2» Центр по диагностике и лечению пациентов с хронической сердечной недостаточностью в стационарных условиях	Всего нас.	Взрослое нас.	Трудо. сп
«Акушинская ЦРБ»	53467	39814	31687
«Каякентская ЦРБ»	57355	40972	32895
«Кулинская ЦРБ»	11085	8472	6219
«Лакская ЦРБ»	11931	9336	6757
«Левашинская ЦРБ»	79196	57628	46145
«Избербашская ЦГБ»	61296	47811	37554
«Кумторкалинская ЦРБ»	27859	19827	16109
«Сергокалинская ЦРБ»	27570	20297	15602
«Новолакская РБ № 1 (Новострой)»	11938	7831	6341
Итого прикреплено населения	341697	251988	199309

ГБУ РД «Научно-клиническое объединение «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии» Центр по диагностике и хирургическому лечению пациентов с хронической сердечной недостаточностью в стационарных условиях	Всего нас.	Взрослое нас.	Трудо. сп
Итого прикреплено населения	3133303	2341855	1891123

ГБУ РД «Городская клиническая больница» Центр по диагностике и лечению пациентов с хронической сердечной недостаточностью в стационарных условиях	Всего нас.	Взрослое нас.	Трудо. сп
г. Махачкала	737031	593769	489892
«Каспийская ЦГБ»	128663	98371	80896
«Карабудахкентская ЦРБ»	87830	59078	48148
Итого прикреплено населения	953524	751218	618936

4.4. Перечень МО различного уровня, участвующих в оказании помощи пациентам с ХСН

Таблица №20

Район	Медицинские организации первичного уровня		Медицинские организации специализированного уровня		Медицинские организации третьего уровня
	Амбулаторные	Стационарные	Амбулаторные	Стационарные	
«Агульская ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Акушинская ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Ахвахская ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Ахтынская ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Бабаюртовская ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Ботлихская ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Белиджинская УБ»	+	+	-	-	-

«Буйнакская ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Гергебельск ая ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Гумбетовска я ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Гунибская ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Дахадаевска я ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Дербентская ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Докузпаринс кая ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Казбековска я ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Кайтакская ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Карабудахке нтская ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Каякентская ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Кизилюртов ская ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Кизлярская ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Кулинская ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Кочубейческа я МСЧ»	+	+	-	-	-
«Кумторкали нская ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Курахская ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Лакская ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Левашинска я ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Магарамкен тская ЦРБ»	+	+	-	-	-
Новолакская рай. Б-ца №1 (Новострой)	+	+	-	-	-
«Новолакская ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Ногайская ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Рутульская ЦРБ»	+	+	-	-	-

«Сергокалинс кая ЦРБ»	+	+	-	-	-
«С.Стальская ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Табасанарс ая ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Тарумовская ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Тляратинска я ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Унцукульска я ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Хасавюртовс кая ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Хивский ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Хунзахская ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Цумадинска я ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Цунтинская ЦРБ»	+	+	-	-	-
Шамильская ЦРБ	+	+	-	-	-
«Чародинская ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Буйнакская ЦГБ» - ПСО	-	-	+	+	-
«Даг. Огнинская ЦГБ»	+	+	-	-	-
«Дербентская ЦГБ»	-	-	+	+	-
«Избербашск ая ЦГБ»	+	+	-	-	+
«Каспийская ЦГБ»	+	+	-	-	-
«Кизилюртов ская ЦГБ»	-	-	+	+	-
«Кизлярская ЦГБ»	-	-	+	+	-
«Хасавюртовс кая ЦГБ»	-	-	+	+	-
«Ю- Сухокумская ЦГБ»	+	+	-	-	-
г.Махачкала ГКБ№1 +Пол. №1	-	-	+	-	+

г.Махачкала Пол. №2	+	-	-	-	-
г.Махачкала Пол. №3	+	-	-	-	-
г.Махачкала Пол. №4	+	-	-	-	-
г.Махачкала Пол. №5	+	-	-	-	-
г.Махачкала Пол. №6	+	-	-	-	-
г.Махачкала Пол. №7	+	-	-	-	-
г.Махачкала Пол. №8	+	-	-	-	-
г.Махачкала Пол. №9	+	-	-	-	-
г.Махачкала МГЦ	+	-	-	-	-
г. Махачкала ГБУ "РКБ№2" +полик.	+	-	-	-	+
г. Махачкала ГБУ "РКБ"	+	-	-	-	+
г. Махачкала ГБУ РД «ДЦК и ССХ»	-	-	-	-	+

4.5. Регламент информационного взаимодействия МО, и служб, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ХСН, включая межрегиональное взаимодействие с МО регионального и федерального уровней, в т. ч. с применением телемедицинских технологий.

4.5.1. Механизмы своевременного информирования амбулаторной службы о выписке пациента, госпитализированного с декомпенсацией ХСН, с целью реализации раннего (в течение 14 дней после выписки) амбулаторного визита:

1. Назначение даты амбулаторного визита до выписки. Ещё в стационаре совместно с пациентом запланировать визит в поликлинику (врач назначает конкретную дату). Дату визита фиксировать в выписном эпикризе, что повысит приверженность пациента и снизит риск пропуска визита.

2. Телефонное или цифровое оповещение участковой службы. Медсестра/координатор стационара уведомляет амбулаторную службу по телефону или через защищённый мессенджер (внутрибольничный чат, VK мессенджер). Целевая точка: участковый терапевт, кардиолог по месту

жительства. Преимущества: оперативность, особенно при отсутствии автоматизированного уведомления через электронную медицинскую систему.

С целью повышения преемственности между стационарным и амбулаторным этапами медицинской помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), а также для реализации раннего амбулаторного визита (в течение 14 дней после выписки), в медицинской информационной системе ГИС «РФ ЕГИСЗ РД».

– Внедрение механизма автоматического электронного оповещения через региональный сегмент ЕГИСЗ/РМИС о факте выписки пациента с декомпенсированной ХСН из стационара — в адрес медицинской организации по месту прикрепления пациента.

– Закрепление в нормативных документах амбулаторных учреждений обязанности по приоритетному приёму пациентов, выписанных после госпитализации с декомпенсацией ХСН, в течение 14 дней.

Ожидаемые результаты:

- Повышение уровня информированности первичного звена;
- Увеличена охвата диспансерным наблюдением больных с ХСН;
- Уменьшение числа пропущенных амбулаторных визитов после госпитализации;
- Снижение риска повторной госпитализации больных с ХСН в результате декомпенсации ХСН;
- Повышение качества оказания помощи пациентам с ХСН.

4.5.2. Механизмы обеспечения реализации программы по получению бесплатных лекарственных препаратов на амбулаторном этапе.

1. Определение права на льготное лекарственное обеспечение в стационаре при выписке и/или в поликлинике при визите.

2. Обеспечение преемственности между стационарным и амбулаторным этапами: обязательное указание в выписном эпикризе перечня рекомендуемых препаратов из перечня ЖНВЛП с указанием МНН (международного непатентованного наименования), дозировки, кратности, продолжительности приёма, выдача пациенту памятки о праве на бесплатное лекарственное обеспечение при выписке из стационара, указание в выписном эпикризе даты визита в поликлинику в течение 7–14 дней.

Отсутствие выписного эпикриза не является основанием для отказа в льготном обеспечении, при наличии иных документов, подтверждающих диагноз и право на льготу.

3. Регистрация пациента в системе льготного лекарственного обеспечения (ЛЛО).

4. Формирование и выписка электронных рецептов в рамках региональной медицинской информационной системы (РМИС/ЕМИАС) в поликлинике по месту жительства.

5. Обеспечение лекарственными средствами через льготную аптечную сеть.

6. Обратная связь и контроль: ведение реестра обеспечения пациентов бесплатными препаратами. Мониторинг случаев невыдачи/отказа от получения препаратов (с указанием причины).

5. Алгоритм скрининга ХСН в группах риска развития ХСН.

Группы риска развития СН и возможные диагностические методы раннего выявления

Таблица №21

Заболевание/состояние	Необходимое обследование/диагностические процедуры/шкалы
Возраст ≥ 65 лет	Физикальное обследование (выявление симптомов и признаков сердечной недостаточности)
Семейный анамнез внезапной сердечной смерти или наследственных заболеваний сердца	Тест с 6-минутной ходьбой
Артериальная гипертония	Рентгенография или компьютерная томография органов грудной клетки
Ожирение	ЭКГ
Сахарный диабет 2 типа	Стандартное лабораторное обследование
Хроническая болезнь почек С3-С5 стадий	Определение уровня BNP/NT-proBNP:
Ишемическая болезнь сердца, перенесенный инфаркт миокарда	NT-proBNP >125 (синусовый ритм) или >365 (ФП) пг/мл
Семейные кардиомиопатии (гипертрофическая, дилатационная, рестриктивная, аритмогенная дисплазия ПЖ, некомпактный миокард ЛЖ)	BNP >35 (синусовый ритм) или >105 (ФП) пг/мл
Приобретенные кардиомиопатии: миокардиты, воспалительная кардиомиопатия, иммунные, токсические (в т.ч. химиотерапия, алкоголь)	Выполнение
Перипортальная кардиомиопатия	эхокардиографии: фокусной или развернутой (ФВ ЛЖ, ИОЛП, ИММЛЖ, параметры диастолической функции).
Инфильтративные заболевания: амилоидоз, гемохроматоз, гликогенозы, злокачественные заболевания	

Клапанные заболевания сердца, оперативное лечение пороков сердца в анамнезе	При сохраненной ФВ ЛЖ использование шкал оценки вероятности ХСНсФВ (H2FPEF, ESC HFA-PEFF). Консультация других специалистов (при необходимости и для исключения другой патологии).
Болезни эндокарда	
Болезни перикарда	
Врожденные пороки сердца	
Аритмии, нарушения проводимости	
Кардиомегалия по данным рентгенографии органов грудной клетки	
Бессимптомная систолическая дисфункция по данным ранее проведенного ЭХОКГ	Дополнительное обследование (стресс-тесты, ЧПЭхоКГ, КАГ, КТ, МРТ, ПЭТ)

Сокращения: ИММЛЖ – индекс массы миокарда левого желудочка, ИОЛП – индекс объема левого предсердия, КАГ – коронарная ангиография, КТ – компьютерная томография, ЛЖ – левый желудочек, МРТ – магнитно-резонансная томография, ПЖ – правый желудочек, ПЭТ – позитронно-эмиссионная томография, ФВ – фракция выброса, ЧПЭхоКГ – чреспищеводная эхокардиография, ЭКГ – электрокардиография, ВНР – мозговой натрийуретический пептид, NT-проВНР – N-концевой предшественник мозгового натрийуретического пептида.

6. Алгоритм направления пациентов с предполагаемой или подтвержденной ХСН для проведения отдельных видов диагностических исследований, в том числе в профильных федеральных центрах.

6.1 Выявление пациентов с СН. Пациент с:

- Подозрением на ХСН (жалобы + данные осмотра);
- Подтверждённым диагнозом ХСН (в любой стадии);
- Неясной этиологией ХСН;
- Неэффективностью проводимой терапии;
- Показаниями к высокотехнологичным методам диагностики (МРТ сердца, КТ, стресс-эхоКГ, сцинтиграфия и др.).

6.2 Проведение первичного обследования в поликлинике/районной больнице/диагностическом центре:

- ЭКГ;
- ЭхоКГ (по стандарту);
- НТ-проВНР/ВНР;
- Стандартное лабораторное обследование;
- Рентгенография/КТ ОГК (при необходимости);
- Холтероское мониторировани ЕКГ, СМАД (по показаниям);

6.3 Направление в Республиканский амбулаторно-консультативный центр ХСН в ГБУ РД “РКД”.

Если данные обследования недостаточны рекомендуется направлять пациентов в ГБУ РД «РКД» на консультацию кардиолога. Обоснование направления:

- Диагностическая неопределенность;
- Подозрение на редкую форму ХСН (амилоидоз, кардиомиопатия и др.);
- Необходимость углублённой визуализации (Стресс-ЭХОКГ, МРТ сердца, сцинтиграфия, КАГ, ЭХОКГ экспертного уровня и др.);
- Определение дальнейшей тактики ведения пациента;
- Выявление показаний к хирургическим методам.

6.4. Врачом-кардиологом ГБУ РД «РКД», на основании полученных данных, пациенту **выдается медицинское заключение о наличии показаний к проведению отдельных видов диагностических исследований**, в том числе в профильных федеральных центрах.

6.5. Далее в поликлинике на основании медицинского заключения выдается направление формы 057/у-04 на проведение диагностического исследования, в том числе в профильном федеральном центре по ОМС.

6.6. Оформление запроса по защищенному каналу ТМК (телемедицинская система дистанционных консультаций федерального и регионального уровней).

Обоснование для оформления ТМК в профильный ФМЦ (федеральный медицинский центр):

- Неясная этиология ХСН при сохранённой/умеренно сниженной ФВ;
- Подозрение на миокардит, амилоидоз, саркоидоз и др.;
- Подозрение на редкие/наследственные кардиомиопатии;
- Необходимость проведения: магнитно-резонансной томографии сердца с контрастом, сцинтиграфии миокарда с остеотропными радиофармпрепаратами, эндомиокардиальная биопсия, катетеризация камер сердца и т.д.
- Наличие показаний для имплантации ИКД (имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор), СРТ (сердечная ресинхронизирующая терапия) и СРТД (сердечная ресинхронизирующая терапия с дефибриллятором);
- Оценка возможности трансплантации сердца.

При наличии обоснований для оформления ТМК (телемедицинской консультации), медицинская организация, к которой прикреплён пациент, или медицинская организация, где пациент проходит стационарное лечение, или врач-кардиолог из надувневой медицинской организации - ГБУ РД "РКД" (Республиканский кардиологический диспансер) может осуществить консультацию с:

- федеральной медицинской организацией, с возможностями углубленного обследования и оказания специализированной (в т.ч. высокотехнологичной) медицинской помощи пациентам с СН с целью рассмотрения вопроса направления пациента для дообследования, уточнения тактики ведения и т.д.

7. Организация медицинской помощи пациентам с ХСН в мультидисциплинарной команде специалистов в амбулаторных и стационарных условиях с уточнением механизмов и алгоритма взаимодействия медицинских специалистов разного профиля.

7.1 Алгоритм взаимодействия на амбулаторном этапе

Врач-кардиолог. Оказание консультативной и лечебно-профилактической помощи амбулаторным пациентам с СН в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Ведение в рамках диспансерного наблюдения согласно Приказу Минздрава России от 27.04.2021 N 404н (ред. От 28.09.2023) "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения".

Участковый терапевт. Координация на амбулаторном уровне, мониторинг сопутствующих заболеваний.

Наблюдение специалистами другого профиля по показаниям (нефролог, эндокринолог, невролог и др.).

Врач функциональной диагностики: ЭХОКГ, ХМЭКГ, СМАД.

Эндокринолог: при наличии коррекция сахарного диабета, метаболического синдрома, ожирения.

Нефролог: при наличии ХБП (особенно СКД 3-5 стадии).

Диетолог / нутрициолог: обучение по питанию, ограничению соли и жидкости.

Медицинская сестра ХСН / патронажная медсестра: образование пациента, контроль за приёмом ЛС, мониторинг отёков и массы тела.

Психолог / психотерапевт: работа с тревожностью, депрессией, мотивацией.

Физиотерапевт / врач ЛФК: реабилитация, восстановление толерантности к нагрузкам.

При ухудшении состояния обсуждение тактики ведения сложных пациентов междисциплинарной командой (консилиум), в том числе консультация с использованием телемедицинских технологий с медицинской организацией третьего уровня и/или федеральными центрами с возможностями углубленного обследования и оказания специализированной (в т.ч. высокотехнологичной) медицинской помощи пациентам с СН.

7.2. Алгоритм взаимодействия медицинских специалистов разного профиля в стационарных условиях (острая/декомпенсированная ХСН)

Этап 1. Госпитализация в терапевтическое или кардиологическое отделение. Диагностика и подбор терапии, ведение пациента: кардиолог/терапевт.

Этап 2. Консилиум МДК при тяжелом течении или коморбидности. Подключение специалистов другого профиля по показаниям (нефролог, эндокринолог, невролог и др.). Согласование медикаментозной стратегии

Этап 3. Подготовка к выписке. Обучение пациентас привлечением медицинской сестры приему ЛС, контролю веса, признакам декомпенсации. Назначение амбулаторного визита в течение 7-14 дней после выписки из стационара. Оформляется выписка с полным планом ведения.

7. Алгоритм выявления и маршрутизации пациентов с тяжелой ХСН (2 стадия по классификации Российского кардиологического общества, 2024), требующих решения вопроса об имплантации вспомогательных устройств кровообращения и/или трансплантации сердца.

7.1 Выявление пациентов с СН 2 стадии: далеко зашедшая, клинически тяжелая сердечная недостаточность, тяжелые симптомы и признаки ХСН, повторные госпитализации по поводу ХСН, несмотря на попытки оптимизировать терапию ХСН или непереносимость терапии ХСН.

Критерии тяжелой СН, свидетельствующие о необходимости консультации в региональной или федеральной медицинской организации третьего уровня, осуществляющей ведение сложных коморбидных пациентов с СН, пациентов с тяжелой СН, проведение трансплантации сердца и имплантации вспомогательных устройств кровообращения:

Описание

-
1. Тяжелые и персистирующие симптомы СН (III или IV функциональный класс NYHA)
 2. Фракция выброса левого желудочка $\leq 30\%$, рефрактерная к терапии, изолированная недостаточность правого желудочка или неоперабельные клапанные нарушения, или врожденная патология, или персистирующий высокий (или нарастающий) уровень BNP или NT-proBNP и тяжелая диастолическая дисфункция или структурная патология левого желудочка по определению сердечной недостаточности с сохраненной или промежуточной фракцией выброса.
 3. Эпизоды застоя в малом круге кровообращения или системного застоя, требующие высоких доз внутривенно вводимых диуретиков (или комбинаций диуретиков), или эпизоды низкого сердечного выброса, требующие инотропных или вазоактивных препаратов, или злокачественные
-

аритмии, приводящие к >1 неплановому визиту или госпитализации в течение последних 12 мес.

4. Выраженное ограничение физической активности с неспособностью пройти >300 м при выполнении теста с 6-минутной ходьбой или пиковое потребление кислорода (pVO_2) <12-14 мл/кг/мин, имеющее сердечное происхождение.

В дополнение к вышеперечисленному: внесердечная дисфункция вследствие СН (например, сердечная кахексия, дисфункция печени или почек) или 2 тип легочной гипертонии могут определяться, но не обязательны.

Критерии 1 и 4 могут наблюдаться у пациентов с сердечной дисфункцией (согласно критерию 2), однако также и у пациентов с существенным ограничением активности вследствие других состояний (тяжелого заболевания легких, некардиального цирроза или чаще всего из-за болезни почек смешанной этиологии). Эти пациенты также характеризуются снижением качества жизни и выживаемости вследствие комбинации заболеваний/тяжелого заболевания и заслуживают аналогично интенсивного обследования, как и пациенты с изолированной кардиальной патологией, однако терапевтические возможности для данной популяции обычно более ограничены.

Сокращения: СН – сердечная недостаточность, BNP – мозговой натрийуретический пептид, NT-proBNP – N-концевой предшественник мозгового натрийуретического пептида.

7.2 Определение показаний и противопоказаний для имплантации вспомогательных устройств кровообращения и/или трансплантации сердца.

Показания к трансплантации сердца (должны присутствовать все перечисленные критерии):

1. Любое заболевание сердца (кардиомиопатия, ишемическая болезнь сердца, пороки сердца, миокардит, другие), чаще всего:

✓ Персистирующие симптомы сердечной недостаточности на уровне III-IV ФК (NYHA), рефрактерные к максимально переносимой лекарственной терапии (ФВ ЛЖ ≤30%, пиковое потребление кислорода (pVO_2) ≤12 мл/кг/мин, дистанция <300 м).

✓ Тяжелая стенокардия III-IV ФК или безболевая ишемия у пациентов с поражением коронарных сосудов, не подлежащая хирургической или эндоваскулярной реваскуляризации.

2. Неэффективность медикаментозных и хирургических методов лечения.

3. Существенное ограничение физической активности ($p\text{VO}_2 < 12-14 \text{ мл}/\text{кг}/\text{мин}$, дистанция теста с 6-минутной ходьбой $< 300 \text{ м}$).

4. Риск смерти в течение года $> 50 \%$.

5. Мотивированный, хорошо информированный и эмоционально стабильный пациент.

6. Способность к соблюдению/выполнению лечения, требуемого после трансплантации.

Абсолютные противопоказания:

1. Сопутствующие заболевания, повышающие риск развития периоперационных осложнений:

а) выраженные нарушения функции внешнего дыхания (например, тяжелая хроническая обструктивная болезнь легких с $\text{ОФВ}_1 < 1 \text{ л}/\text{мин}$);

б) выраженная легочная гипертензия (легочное сосудистое сопротивление > 5 единиц Вуда), рефрактерная к медикаментозной терапии и/или механической поддержке кровообращения;

в) выраженные нарушения функции печени и/или почек ($\text{СКФ} < 30 \text{ мл}/\text{мин}/1,73 \text{ м}^2$);

г) аутоиммунные заболевания (например, системная красная волчанка, системный амилоидоз);

д) выраженный атеросклероз, сопровождающийся ишемией органов и тканей при невозможности хирургического лечения.

2. Наличие острой вирусной инфекции, в т.ч. фульминантных форм вирусных гепатитов В и С.

3. Сопутствующие заболевания, сопровождающиеся риском смерти в течение 5 лет $> 50 \%$ (например, онкологические заболевания с неблагоприятным прогнозом выживаемости).

Относительные противопоказания:

1. Возраст > 65 лет.

2. Сопутствующие заболевания и состояния, повышающие риск развития периоперационных осложнений:

а) ожирение ($\text{ИМТ} > 35 \text{ кг}/\text{м}^2$) или кахексия ($\text{ИМТ} < 18 \text{ кг}/\text{м}^2$);

б) сахарный диабет со значимым повреждением органов-мишеней (нейропатия, нефропатия или ретинопатия, за исключением непролиферативной ретинопатии) и невозможностью адекватного контроля гликемии ($\text{HbA}_{1c} > 7,5\%$);

в) гемодинамически значимый атеросклероз артерий головы и шеи, артерий нижних конечностей, почечных артерий, значимый атеросклероз и кальциноз восходящего отдела аорты;

г) хроническая болезнь почек с $\text{СКФ} < 30-40 \text{ мл}/\text{мин}/1,73 \text{ м}^2$ (расценивается как противопоказание для изолированной трансплантации сердца);

д) нарушение функции внешнего дыхания, характеризующееся ОФВ₁ <40%;

е) тяжелые неврологические или нервномышечные расстройства.

3. Заболевания и состояния, которые могут сопровождаться нарушением режима приема лекарственных средств в послеоперационном периоде:

а) неблагоприятный социальный статус или психические заболевания, при которых возможно достижение ремиссии;

б) острое нарушение мозгового кровообращения <1 мес. назад;

в) эпизоды злоупотребления алкоголем в течение последних 6 мес.;

г) неспособность отказаться от курения табака.

4. Хронические инфекционные заболевания.

Сокращения: ИМТ – индекс массы тела, ОФВ₁ – объем форсированного выдоха за первую секунду, СКФ – скорость клубочковой фильтрации, ФВ ЛЖ – фракция выброса левого желудочка, ФК – функциональный класс, HbA_{1c} – гликированный гемоглобин.

Показания к проведению сердечной ресинхронизирующей терапии

С целью уменьшения симптомов, прогрессирования заболевания и риска ВСС

1. Симптомная ХСН на фоне оптимальной медикаментозной терапии сроком не <3 мес.

2. ФВ ЛЖ ≤35%

3. Синусовый ритм

4. Морфология QRS по типу блокады ЛНПГ

5. Длительность QRS ≥130 мс (≥150 мс – больший уровень доказанности)

С целью уменьшения симптомов, прогрессирования заболевания и риска ВСС

1. Симптомная ХСН на фоне оптимальной медикаментозной терапии сроком не <3 мес.

2. ФВ ЛЖ ≤35%

3. Синусовый ритм

4. Морфология QRS не по типу блокады ЛНПГ

5. Длительность QRS ≥150 мс

С целью уменьшения симптомов, прогрессирования заболевания и риска ВСС – обеспечение постоянной бивентрикулярной стимуляции с эффективным захватом желудочек

1. Симптомная ХСН (III-IV ФК по NYHA) на фоне оптимальной медикаментозной терапии сроком не <3 мес.

-
2. ФВ ЛЖ $\leq 35\%$
 3. Фибрилляция предсердий
 4. Длительность QRS ≥ 130 мс
 5. Максимальная ритмурежающая терапия
-

В случае неэффективной бивентрикулярной стимуляции рекомендовано создание блокады сердца с помощью катетерной абляции атриовентрикулярного узла.

СРТ + создание блокады сердца с помощью катетерной абляции АВ-узла

1. Фибрилляция предсердий с неконтролируемой высокой частотой желудочкового ритма.

Для уменьшения симптомов и прогрессирования заболевания

1. Симптомная ХСН на фоне оптимальной медикаментозной терапии
 2. ФВ ЛЖ $< 40\%$
 3. Показания к постоянной желудочковой стимуляции вследствие брадикардии с предполагаемым высоким процентом желудочковой стимуляции
-

В качестве замены имеющегося ЭКС или ИКД

1. ФВ ЛЖ $< 40\%$
 2. Потребность в постоянной желудочковой стимуляции
 3. Прогрессивное ухудшение состояния вследствие прогрессирования ХСН, несмотря на оптимальную медикаментозную терапию
-

Сокращения: АВ – атриовентрикулярная, ВСС – внезапная сердечная смерть, ИКД – имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор, ЛНПГ – левая ножка пуска Гиса, СРТ – сердечная ресинхронизирующая терапия, ФВ ЛЖ – фракция выброса левого желудочка, ФК – функциональный класс, ХСН – хроническая сердечная недостаточность, ЭКС – электрокардиостимулятор.

Показания к имплантации кардиовертера-дефибриллятора

!!! Все пациенты должны получать оптимальную медикаментозную терапию, независимо от того, планируется или уже имплантирован кардиовертердефибриллятор

!!! Приоритет – адекватная реваскуляризации миокарда, стремление к радикальному устраниению аритмии.

Вторичная профилактика ВСС

(в тех случаях, когда ожидаемая продолжительность жизни составляет >1 года в хорошем функциональном статусе)

1. Документированная ФЖ или ЖТ с выраженными изменениями гемодинамики при отсутствии преходящих причин их развития*.

**при неполной реваскуляризации, предшествующей дисфункции и снижению ФВ ЛЖ, появлении аритмий после 48 ч от возникновения ОКС, полиморфной ЖТ или ФЖ – ИКД или временное применение наружного кардиовертера-дефибриллятора рекомендованы в течение 40 дней после ИМ.*

2. Устойчивая ЖТ при умеренно выраженной дисфункции ЛЖ (ФВ ЛЖ <45%), вне зависимости от возможности выполнения катетерной абляции и результатов процедуры.

3. Индуцируемая устойчивая ЖТ или ФЖ при проведении ЭФИ у пациентов с дисфункцией ЛЖ (ФВ ЛЖ <40%) вследствие перенесенного ИМ.

Первичная профилактика ВСС

(рассматривается, когда ожидаемая продолжительность жизни составляет >1 года в хорошем функциональном статусе)

1. ФВ ЛЖ ≤ 35% и NYHA II-III ФК или ФВ ЛЖ <30% при NYHA I ФК – не ранее, чем через 40 дней после ИМ и несмотря на оптимальную медикаментозную терапию ≥3 мес.
2. Ожидание трансплантации сердца вне лечебного учреждения

Первичная профилактика ВСС у взрослых пациентов с ГКМП

Предполагаемый 5-летний риск внезапной смерти ≥6% по шкале HCM Risk-SCD (<https://doc2do.com/hcm/webHCM.html>) и ожидаемая продолжительность жизни >1 года.

Наличие хотя бы 1 из следующих факторов:

внезапная смерть, определено или вероятно связанная с ГКМП, у ≥1 родственника первой линии или близкого родственника в возрасте ≤50 лет; максимальная толщина стенки ЛЖ ≥30 мм;

≥1 эпизода синкопе предположительно аритмогенного генеза в предыдущие 6 мес.;

апикальная аневризма ЛЖ, независимо от размера;

sistолическая дисфункция ЛЖ (ФВ ЛЖ ≤50%)

Дополнительные факторы риска, которые могут рассматриваться в пользу ИКД:

- Выраженное (≥15% от массы ЛЖ) отсроченное контрастирование при МРТ.

-
- Неустойчивая ЖТ по данным 24-48 ч мониторирования ЭКГ (≥ 3 эпизодов, ≥ 10 комплексов, частота ≥ 200 в мин)
-

Состояния, при которых ИКД-терапия не показана или противопоказана:

1. Прогнозируемый срок жизни с удовлетворительным функциональным статусом не превышает 1 год, даже при наличии показаний;
2. Непрерывно-рецидивирующие ЖТ или ФЖ;
3. Выраженные психические заболевания, которые могут быть усугублены имплантацией прибора или препятствовать систематическому наблюдению;
4. Хроническая сердечная недостаточность IV ФК (NYHA), рефрактерная к лекарственной терапии, когда пациент не является кандидатом на трансплантацию сердца;
5. Обмороки неясного генеза без индуцируемых ЖТ и без структурной патологии сердца;
6. Случай, когда ЖТ или ФЖ являются устранимыми радикально, хирургически или с помощью катетерной аблации: аритмии, связанные с синдромом WPW, тахикардии из выводного тракта желудочков, фасцикулярные и идиопатические ЖТ, при отсутствии структурной патологии сердца;
7. Эпизод ЖТ возник вследствие преходящих или обратимых расстройств (например, острый ИМ, нарушение электролитного баланса, побочные эффекты медикаментов, травма), когда коррекция расстройства возможна и может значительно снизить риск повторного возникновения аритмии.

Сокращения: ВСС – внезапная сердечная смерть, ГКМП – гипертрофическая кардиомиопатия, ЖТ – желудочковая тахикардия, ИКД – имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор, ИМ – инфаркт миокарда, ЛЖ – левый желудочек, МРТ – магнитная резонансная томография, ОКС – острый коронарный синдром, ФВ – фракция выброса, ФЖ – фибрилляция желудочков, ФК – функциональный класс, ЭКГ – электрокардиография, ЭФИ – электрофизиологическое исследование, WPW – синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта.

7.3 Направление в Республиканский амбулаторно-консультативный центр ХСН в ГБУ РД “РКД”.

По результатам обследования и определения показаний для имплантации вспомогательных устройств кровообращения и/или

трансплантации сердца направлять пациентов в ГБУ РД «РКД» на консультацию к кардиологу. Врач-кардиолог ГБУ РД «РКД» направляет на консультацию сердечно-сосудистого хирурга. После консультации сердечно-сосудистого хирурга в ГБУ РД «РКД», оформленного в письменном виде, пациенту выдается медицинское заключение о наличии показаний к хирургическому лечению (при наличии таковых).

7.4. При наличии показаний к хирургическому лечению пациент направляется на оперативное вмешательство в медицинскую организацию на территории Республики Дагестан в зависимости от установленной маршрутизации и технических возможностей. При невозможности проведения вмешательства в пределах региона или по желанию пациента — в федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии (ФЦ ССХ) за пределами Республики.

При наличии имплантированных устройств предусмотреть возможность госпитализации пациентов с ХСН в ГБУ РД «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи» для выполнения вмешательств при нарушениях ритма и проводимости (имплантация кардиовертеров дефибрилляторов, электрокардиостимуляторов, устройств для ресинхронизирующей терапии, программирование имплантированных устройств);

8. Алгоритм взаимодействия при оказании медицинской помощи пациентам с ХСН, требующим проведения кардиохирургического, сосудистого и иного высокотехнологического вмешательства, в том числе трансплантации сердца, в профильных региональных и федеральных центрах.

8.1 Проведение первичного обследования в поликлинике/районной больнице/диагностическом центре.

8.2 Определение показаний, требующие проведение кардиохирургического, сосудистого и иного высокотехнологического вмешательства, в том числе трансплантации сердца, в профильных региональных и федеральных центрах.

8.2 При выявлении показаний к хирургическим методам лечения на амбулаторном этапе врач-кардиолог (при его отсутствии участковый терапевт) выдает направление формы 057/у-04 на консультацию кардиолога в ГБУ РД «РКД».

8.2 Врач-кардиолог ГБУ РД «РКД» направляет на консультацию сердечно-сосудистого хирурга. После консультации сердечно-сосудистого хирурга в ГБУ РД «РКД», оформленного в письменном виде, пациенту

выдается медицинское заключение о наличии показаний к хирургическому лечению (при наличии таковых).

8.3 Для оказания видов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), из раздела I перечня видов ВМП пациент, с медицинским заключением кардиолога из ГБУ РД «РКД», где должно быть указано о том, что необходимо получить направление формы 057/у-04 на оказание ВМП по ОМС в поликлинике по месту прикрепления, обращается в поликлинику к участковому кардиологу (при его отсутствии - к участковому терапевту).

Далее в поликлинике выдается направление формы 057/у-04 на оказание ВМП по ОМС (с указанием номера направления, даты выдачи, а также печать врача и учреждения).

Варианты связывания с Федеральными центрами для постановки в очередь на ВМП по ОМС:

а) Оформление запроса по защищенному каналу ТМК (телемедицинская система дистанционных консультаций федерального и регионального уровней) в федеральное учреждение для определения дальнейшей тактики ведения пациента и/или постановки пациента в лист ожидания для оказания ВМП.

С целью предварительного согласования даты возможной госпитализации, а также порядка подготовки к госпитализации в Федеральное учреждение, оказывающее ВМП, участковый врач-кардиолог оформляет запрос по защищенному каналу ТМК (Телемедицинская система дистанционных консультаций федерального и регионального уровней), в соответствии с установленными требованиями к оформлению запроса на ТМК. Предварительно подписывает с пациентом согласие на обработку персональных данных и готовит выписной эпикриз из амбулаторной карты больного, прикрепляет в виде сканированного документа в формате PDF (или WORD) все актуальные результаты обследований, указывает в запросе цель консультации.

б) пациент самостоятельно (по телефону, по электронной почте) связывается с ФЦ ССХ.

в) при отсутствии в учреждении cool – центра руководитель учреждения принимает решение о назначении ответственного лица для взаимодействия с ФЦ ССХ.

8.4. Для оказания видов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) за пределами РД в федеральном учреждении, входящих в разделы II и III перечня видов ВМП, врач-кардиолог ГБУ РД «РКД» осуществляет сбор полного пакета документов в соответствии с установленным перечнем, с последующим направлением на врачебную комиссию (ЦВК по отбору на ВМП).

8.5 При необходимости уточнения диагноза, показаний и/или противопоказаний к оперативному лечению в сложных, редких, спорных случаях, определения дальнейшей тактики ведения пациента или решения вопроса о госпитализации пациента в медицинскую организацию более высокого уровня, врач-кардиолог ГБУ РД «РКД» проводит телемедицинскую консультацию с федеральным центром.

8.6 При наличии у пациента с сердечной недостаточностью (СН) критериев высокого риска или других показаний для госпитализации в медицинскую организацию (МО) более высокого уровня, включая необходимость в дополнительном обследовании, медицинская организация, к которой прикреплён пациент, может осуществить консультацию с:

- Региональная медицинской организацией третьего уровня в рамках взаимодействия по маршрутизации пациента;
- с надуровневой структурой - ГБУ РД «РКД»
- федеральной медицинской организации третьего уровня, с возможностями углубленного обследования и оказания специализированной (в т.ч. высокотехнологичной) медицинской помощи пациентам с СН.

Решение о необходимости очной консультации или переводе пациента в стационар принимает руководитель соответствующего профильного структурного подразделения медицинской организации.

8.7. При выявлении показаний на этапе госпитализации, требующие по жизненным показаниям кардиохирургического, сосудистого или иного высокотехнологичного вмешательства, включая трансплантацию сердца, в профильных региональных или федеральных центрах, необходимо оформить ТМК с федеральным медицинским учреждением на этапе стационарного лечения. Это позволит обеспечить своевременное направление пациента в нужный центр без потери времени.

9. Алгоритм маршрутизации и приоритетной медицинской эвакуации пациентов с декомпенсированной ХСН.

На территории Республики Дагестан согласно приказу Минздрава РД от 13.10.2022 №1111-Л «Об организации медицинской помощи взрослому населению с хронической сердечной недостаточностью» создана 3-х трехуровневая система оказания медицинской помощи пациентам с ХСН, с зонами территориального прикрепления населения муниципальных районов и городов к медицинским организациям 2 и 3 уровней, утверждены положения об организации деятельности этих центров на амбулаторном и стационарном этапе.

Закрепление территорий Республики Дагестан, входящих в зоны ответственности учреждений по организации оказания медицинской помощи пациентам с СН, осуществляется согласно структуре трехуровневой системы оказания медицинской помощи больным с ХСН.

Оказание медицинской помощи при СН в амбулаторных условиях предполагает выявление пациентов с высоким риском развития СН и осуществление диспансерного наблюдения за пациентами, в т.ч. с подтвержденным диагнозом СН, врачом кардиологом или врачом терапевтом участковым с внесением конкретного случая в регистр СН.

При наличии у пациента с СН (амбулаторно или в период госпитализации) критериев высокого риска или других показаний, в т.ч. к дополнительному обследованию, осуществляется консультация с использованием телемедицинских технологий в медицинской организации третьего уровня с возможностями углубленного обследования и оказания специализированной (в т.ч. высокотехнологичной) медицинской помощи пациентам с СН. Решение о необходимости очной консультации принимает руководитель соответствующего структурного подразделения медицинской организации третьего уровня. При наличии критериев тяжелой СН решается вопрос о консультации пациента в региональной или федеральной медицинской организации третьего уровня.

Оказание медицинской помощи пациентам с СН в стационарных условиях.

Пациенты с декомпенсацией СН (I стадии), не сопровождающейся нестабильной гемодинамикой и/или прогрессированием коронарной и/или церебральной сосудистой недостаточности, с не жизнеугрожающими и не дестабилизирующими гемодинамику нарушениями ритма и проводимости сердца, могут проходить лечение в терапевтических отделениях.

Пациенты с декомпенсацией СН (II стадии и/или III-IV ФК по NYHA) доставляются в кратчайшие сроки в кардиологическое отделение для пациентов с СН (койки для пациентов с СН в структуре кардиологического или терапевтического отделения), включенное в схему маршрутизации таких пациентов в регионе (далее кардиологическое отделение).

Госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения или на койки палаты реанимации и интенсивной терапии в структуре кардиологического отделения (далее отделение реанимации и интенсивной терапии) медицинской организации третьего уровня подлежат следующие категории пациентов:

пациенты с гемодинамической нестабильностью или выраженной не проходящей одышкой;

пациенты с рецидивирующими аритмиями или острой декомпенсацией СН, вызванной/сопровождающейся наличием острых жизнеугрожающих состояний: острый коронарный синдром, гипертонический криз, аритмии, острые механические нарушения (механические осложнения острого коронарного синдрома, травма грудной клетки, острая недостаточность клапанов сердца, связанная с эндокардитом, диссекцией аорты, тромбозом, тромбоэмболией легочной артерии);

пациенты с острой СН *de novo* или острой декомпенсацией хронической СН с одним из следующих признаков:

- частота дыхательных движений >25 в мин;
- вовлечение вспомогательной мускулатуры в процесс дыхания;
- признаки отека легких;
- значимые нарушения ритма сердца (ЧСС <50 или >130 уд./мин);
- нарушение атриовентрикулярной проводимости 2-3 степени;
- артериальная гипотония (системическое АД <90 мм рт. ст.);
- признаки гипоксемии (насыщение крови кислородом <90 %), несмотря на лечение кислородом; симптомы гипоперфузии (олигурия, холодные кожные покровы, нарушение сознания).

Критериями перевода из отделения реанимации и интенсивной терапии в кардиологическое отделение являются отсутствие признаков значимого нарушения жизненно важных функций, в т.ч.:

- купирование отека легких, кардиогенного шока;
- отсутствие признаков гипоксемии (насыщение крови кислородом >95% на воздухе);
- наличие адекватного диуреза при отсутствии признаков гиповолемии;
- отсутствие признаков нарастающего острого почечного повреждения;
- отсутствие потребности в инотропной поддержке или внутривенном введении вазодилататоров в течение последних 6 ч (или стабильная гемодинамика на фоне применения одного инотропного препарата в малых и средних дозах при возможности организации наблюдения в специализированном кардиологическом отделении СН).

Критериями перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии из кардиологического отделения являются признаки отсутствия эффекта в течение 24-48 ч от проводимой терапии или вновь появившиеся признаки, или высокий риск развития значимого нарушения жизненно важных функций, в т.ч.:

- отек легких;
- развитие клинически значимой (симптомной) артериальной гипотонии (системическое АД <85 мм рт.ст.) и/или острого почечного повреждения;

признаки гипоксемии (насыщение крови кислородом <90%), несмотря на лечение кислородом;

симптомы гипоперфузии (олигурия, холодные кожные покровы, нарушение сознания);

недостаточный диурез, несмотря на титрование дозы внутривенных петлевых диуретиков и/или комбинированную терапию диуретиками.

Цели лечения пациентов, госпитализированных с СН, отличаются в зависимости от места оказания помощи.

Немедленные (отделение реанимации и интенсивной терапии):

купирование симптомов;

восстановление оксигенации;

улучшение гемодинамики и перфузии органов;

уменьшение повреждения сердца и почек;

профилактика венозного тромбоэмболизма;

уменьшение длительности пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Промежуточные (в стационаре):

стабилизация состояния и оптимизация терапевтической стратегии;

начало и титрование болезнь-модифицирующей терапии;

рассмотрение нелекарственной терапии (по показаниям), включая первые этапы физической реабилитации (дыхательная гимнастика и тренировка малых мышечных групп);

определение этиологии СН и причины декомпенсации, сопутствующих состояний.

Перед выпиской из стационара и при длительном наблюдении:

планирование стратегии длительного наблюдения, в т.ч. оценка показаний для высокотехнологичной медицинской помощи, консультаций специалистов по сопутствующей патологии, трансплантации сердца у пациентов с тяжелой СН;

обучение, изменение образа жизни, управление болезнью;

планирование титрования/оптимизации доз, доказанной болезнь-модифицирующей терапии и диуретических препаратов;

оценка показаний для немедикаментозной терапии с расширением этапа физической реабилитации до этапа аэробных тренировок на выносливость;

после выписки из стационара планирование раннего (3-7 сут.) телефонного звонка или амбулаторного визита с контролем лабораторных параметров на 7-14 сут.

Критерии готовности пациента к выписке:

Разрешение острой декомпенсации СН:

стабильная гемодинамика на протяжении не менее 48 ч (sistолическое АД >85 мм рт.ст., частота желудочковых сокращений <110 уд./мин при фибрилляции предсердий и ЧСС <80 уд./мин при синусовом ритме, отсутствие ортостатической гипотонии в пробе с активным ортостазом);

отсутствие значимых нарушений электролитного обмена (уровень сывороточных калия <3,5 или >5,5 ммоль/л, натрий <130 или >145 ммоль/л, кальций >2,6 или <2,1 ммоль/л, магния <0,7 ммоль/л);

эуволемия (отсутствие отеков, ортопноэ, набухания шейных вен, гепато-югулярного рефлюкса, снижение уровня N-концевого предшественника натрийуретического пептида, отсутствие значимого асцита, отсутствие признаков застоя и гидроторакса по данным рентгенографии грудной клетки);

стабильная почечная функция в течение, по крайней мере, последних 24 ч на фоне пероральной терапии диуретиками;

стабильный режим пероральной терапии диуретиками в течение, по крайней мере, 24-48 ч;

оптимизация доказанной болезнь-модифицирующей терапии;

обучение пациента и родственников;

разработка плана ведения после выписки.

10. Порядок проведения образовательных мероприятий и школ для пациентов с ХСН, а также структурированной телефонной поддержки пациентов. Положение «О школе для взрослых пациентов с сердечной недостаточностью»

1. Школа для пациентов старше 18 лет с сердечной недостаточностью (СН) (далее – Школа) осуществляет свою деятельность в рамках деятельности первичного, специализированного или экспертного Центра СН.

Цель Школы СН: проведение обучающих занятий с пациентами или лицами, осуществляющими уход.

2. Основные задачи Школы:

повышение уровня знаний пациентов (лиц, осуществляющих уход) о СН;

обучение и изменение их поведения и привычек;

помощь в приобретении навыков самоконтроля показателей состояния здоровья;

увеличение осведомленности о необходимых алгоритмах действий в случае ухудшения самочувствия, ухудшения течения СН, развития жизнеугрожающих состояний;

увеличение мотивации и приверженности, необходимых для эффективного лечения.

3. Направление в Школу пациентов и их родственников осуществляют: врач-терапевт, врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач) и врачи других специальностей.
4. В Школу направляются: пациенты с диагностированной хронической СН и/или лица, осуществляющие уход.
5. Форма проведения Школы: обучающие занятия, проводимые с определенной периодичностью освоившим программу дополнительного профессионального образования по СН врачом или медицинском работнику со средним медицинским образованием, с представлением “наглядных материалов” и обеспечением пациентов (лиц, осуществляющих уход) информационными материалами (брошюра для пациентов с информацией, содержащейся в лекции, памятки для пациентов, дневники самоконтроля).
6. Медицинский работник, проводящий Школу, обеспечивает:
 - 1) формирование списков лиц, посетивших школу и получивших информационные материалы;
 - 2) информирование медицинского персонала организации и пациентов с хронической СН (лиц, осуществляющих уход) о расписании работы Школы.
7. Организацию проведения, порядок и режим работы Школы в медицинской организации осуществляет руководитель медицинской организации, либо уполномоченный им заместитель руководителя медицинской организации (далее – руководитель).

Примерная программа Школы для пациентов с СН

Периодичность проведения:

амбулаторно 1-2 раза в месяц (зависит от потока пациентов)

в стационаре 1 раз в 1-2 недели (зависит от потока пациентов)

Рекомендуемая длительность: 40-60 мин

Рекомендуемый формат: презентация с иллюстрациями и инструкциями и активной дискуссией со слушателями Школы

Необходимое оснащение: персональный компьютер или ноутбук, видеопроектор и экран для демонстрации

Необходимые материалы: презентация в формате PowerPoint (или другом), “наглядные материалы” (например, дневники контроля жидкости, футляры для препаратов и т.д.), брошюры с информацией, содержащейся в лекции

Основные разделы в программе:

- . Строение и функция сердца

- . Что такое СН

- Основные причины развития СН

- Проявления СН

- Причины и проявления декомпенсации СН

Основные симптомы, на которые следует обращать внимание, и конкретные действия, которые следует предпринять в случае их появления
Когда следует обращаться к врачу

3. Правила образа жизни при СН и методы предотвращения ее прогрессирования

- Ограничение потребления поваренной соли, перечисление наиболее распространенных пищевых продуктов с высоким содержанием натрия хлорида• Ограничение потребления жирных продуктов • Ограничение потребления жидкости

Самоконтроль пациента с СН – контроль веса, артериального давления, частоты сердечных сокращений (дневник), оценка периферических отеков

- Необходимость регулярных дозированных физических нагрузок
- Вредные привычки (консультация по отказу от курения, употреблению алкоголя)

4. Обучение основам приема лекарственных препаратов

Базовые данные об основных препаратах для лечения СН

Показания и потенциальные побочные эффекты

Понятие целевой (максимально переносимой) дозы и протокол титрования

Потенциальные проблемы при несоблюдении приверженности

5. Ответы на вопросы пациентов

Сокращение: СН – сердечная недостаточность.

11. Алгоритм организации сестринского патронажа пациентов на амбулаторном этапе

Форма структурированного телефонного контакта медицинских сестер с пациентом с СН

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Ф.И.О. пациента

Дата рождения, возраст

№ медицинской карты стационарного больного (амбулаторного больного)

Дата выписки/амбулаторного визита

Дата последнего телефонного контакта

ПРИВЕТСТВИЕ (см. комментарий) Меня зовут _____.

Я медсестра _____ больницы/поликлиники, где Вы проходили лечение по поводу СН/состоите на учете по поводу СН.

Звоню уточнить Ваше самочувствие, дать дополнительную информацию и ответить на вопросы. Вам удобно сейчас говорить?

ЗА ПРОШЕДШИЙ ПОСЛЕ ПРЕДЫДУЩЕГО ВИЗИТА ПЕРИОД

Были ли госпитализации Да (см. комментарий)/ Нет

Количество госпитализаций: _____

Плановая/экстренная

Дата(ы): _____

Причины (отметить галочками):

Ухудшение сердечной недостаточности

ОКС/инфаркт миокарда

Нарушения ритма или проводимости

(Пре)синкопэ

Ишемический инсульт

Геморрагический инсульт

Тромбоз/тромбоэмболия

Кровотечение

Инфекционные заболевания

Пневмония

Другое

Поддержка кровообращения: Да / Нет

ИКД: Да/ Нет

CРТ Да/Нет

Аблация аритмии

Имплантация клапанов

Реваскуляризация

Трансплантация сердца Да/Нет

ВОПРОСЫ К ПАЦИЕНТУ**УСЛОВИЯ ЖИЗНИ**

1. Способны ли Вы обслуживать себя самостоятельно:

Да

Нет

2. Есть ли семья/лица, которые могли бы помочь:

Да/Нет (см. комментарий)

В нашем регионе действует служба патронажа. Вы можете обратиться

по телефону _____ для получения помощи и поддержки на дому.

**СИМПТОМЫ И ПРИЗНАКИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ**

1. Изменилось ли Ваше самочувствие после выписки/последнего контакта – одышка, отеки, затрудненное дыхание в положении лежа:

Не изменились

Улучшились (что) _____

Ухудшились (что) _____

4. Знаете ли Вы признаки ухудшения течения СН? Да (перечислить признаки) Нет (см. комментарий)

Сказать, что необходимо обращать внимание на симптомы ухудшения течения СН для того, чтобы своевременно обратиться к врачу или изменить режим приема лекарств. Обсудите основные симптомы и признаки ухудшения течения СН:

a Усиление одышки (чувства нехватки воздуха), появление при меньшем уровне физической активности, в покое или в положении лежа

b Кашель и хрипы, возникающие или усиливающиеся в положении лежа

c Появление впервые в жизни или усиление боли за грудиной (или чувства дискомфорта, давления, жж-ние в груди)

d Прибавка веса более 2 кг в течение 3 дней

e Появление отеков ног и лодыжек, увеличение живота, тяжесть и чувство распирания в животе

f Эпизоды резкой слабости, головокружения, внезапная потеря сознания

g Сердцебиение, перебои в работе сердца

h Срабатывания дефибриллятора

5. Если признаки или симптомы ухудшаются, знаете ли Вы что нужно делать?

Да (перечислить действия)/ Нет (см. комментарий)

В случае ухудшения состояния посоветовать обратиться в нашу службу по телефону _____.

Следует обратиться к врачу или вызвать скорую медицинскую помощь по номеру 112, если возникнут какие-либо из следующих симптомов:

- Тяжелая одышка или чувство нехватки воздуха в покое
- Вновь возникшая или усилившаяся боль в груди, или боль в груди, которая длится >20 мин и не проходит после приема нитроглицерина
- Нарушение сознания или проблемы с ясным мышлением
- Постоянное учащенное сердцебиение
- Обморок или непроходящее головокружение
- Боль в животе, потеря аппетита, тошнота, рвота
- Кровотечение
- Повторное срабатывание ИКД

КОНТРОЛЬ ВЕСА

6. Есть ли у Вас дома весы, чтобы взвеситься?

Да /Нет (см. комментарий)

Если у пациента нет весов, посоветуйте приобрести электронные весы для контроля веса.

Необходимо проверять вес каждое утро, после первого туалета, до приема лекарств и пищи, в приблизительно одинаковой одежде. Ежедневный контроль веса очень важен для самостоятельного мониторинга признаков задержки жидкости. При сохраняющемся более 2 дней увеличении веса на более чем 1,5-2 кг в сут. – скорректировать количество употребляемой жидкости и соли, по возможности отменить не рекомендованные при СН препараты, уточнить наличие лихорадки, увеличить дозу или кратность приема диуретиков (или начать прием второго диуретика, например, ацетазоламида или гидрохлоротиазида). При отсутствии положительной динамики обратиться к врачу.

7. Взвешиваетесь ли Вы ежедневно?

Да / Нет (см. комментарий)

Необходимо проверять вес каждое утро, после первого туалета, до приема лекарств и пищи, в приблизительно одинаковой одежде.
Ежедневный контроль веса очень важен для самостоятельного мониторинга признаков задержки жидкости.

8. Ваш вес на следующий день после выписки (при последнем визите/контакте) _____ кг

9. Ваш вес сейчас _____ кг

КОНТРОЛЬ АД И ЧСС

10. Есть ли у вас дома тонометр (аппарат для измерения АД)?

Да/Нет (см. комментарий)

Посоветуйте приобрести автоматический тонометр для измерения АД.

11. Контролируете ли Вы АД и ЧСС ежедневно?

Да/Нет (см. комментарий)

Лекарства для лечения СН могут влиять на АД и ЧСС, в связи с этим следует каждый день утром и вечером до приема лекарств дважды с интервалом в 1 мин измерить АД и ЧСС и записать результаты второго измерения в дневник.

Важно:

- снижение систолического АД <100 мм рт.ст., если это не сопровождается ухудшением самочувствия и симптомами – обычно не требует изменений в терапии или пропуска в приеме лекарств;
- снижение систолического АД <100 мм рт.ст., сопровождающееся ухудшением самочувствия и симптомами (головокружение, дурнота, слабость, эпизоды потери сознания), либо увеличение >140 мм рт.ст., либо

ЧСС <50 или >100 в мин – следует обратиться к врачу для уточнения причины и решения вопроса о необходимости изменения терапии.

12. Запишите последние значения:

АД _____ / _____ мм рт.ст.

ЧСС _____ в минуту

13. У вас есть дневник самоконтроля веса, АД и ЧСС?

Да/Нет (см. комментарий)

Необходим ежедневный контроль веса, АД и ЧСС для самостоятельного мониторинга признаков задержки жидкости и показателей кровообращения и запись измерений в дневник. Возьмите Ваш дневник на следующий прием врача.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

14. Принимаете ли Вы препараты, выписанные врачом?

Да / Нет (см. комментарий)

Рассказать о классах лекарственных препаратов, их доступности и стоимости, принципах назначения и шаге титрации. Объяснить:

- ожидаемые преимущества терапии (снижение симптомов, повышение толерантности к физическим нагрузкам, снижение риска госпитализаций по поводу СН, увеличения выживаемости);
- ожидаемый эффект (улучшение симптомов может развиваться медленно, в течение нескольких недельмесяцев после старта терапии);
- возможные побочные явления и необходимость сообщать врачу о развитии потенциальных нежелательных явлений (головокружение, симптомная гипотония, кашель, усталость, быстрая утомляемость, брадикардия, обмороки).

Сделать акцент на приверженности к приему лекарств.

- Перечислите ВСЕ лекарственные препараты, которые Вы принимаете, и как их принимаете:**

иАПФ/БРА/АРНИ _____ мг ____ раз в сутки утром/в обед/вечером

ББ _____ мг ____ раз в сутки утром/в обед/вечером

AMP _____ мг ____ раз в сутки утром/в обед/вечером

ИНГКТ2 _____ мг ____ раз в сутки утром/в обед/вечером

Торасемид/Фуросемид _____ мг ____ раз в сутки утром/в обед/вечером

Гидрохлоротиазид _____ мг ____ раз в сутки утром/в обед/вечером

Ацетазоламид _____ мг ____ раз в сутки утром/в обед/вечером

Ацетилсалициловая кислота _____ мг ____ раз в сутки утром/в обед/вечером

ПОАК/Варфарин _____ мг ____ раз в сутки утром/в обед/вечером

Другое _____ мг ____ раз в сутки утром/в обед/вечером

Другое _____ мг ____ раз в сутки утром/в обед/вечером

16. Были ли изменения в приеме лекарств после последнего приема врача?

Да (см. комментарий)

Нет

Кто изменил терапию?

Самостоятельно

Врач

Причина(ы) изменения? _____

17. Бывает ли пропуск приема препаратов?

Да (см. комментарий)

Нет

Объяснить:

1. ожидаемые преимущества терапии (снижение симптомов, повышение толерантности к физическим нагрузкам, снижение риска госпитализаций по поводу СН, увеличения выживаемости);
2. ожидаемый эффект (улучшение симптомов может развиваться медленно, в течение нескольких недель-месяцев после старта терапии);
3. возможные побочные явления и необходимость сообщать врачу о развитии потенциальных нежелательных явлений (головокружение, симптомная гипотония, кашель, усталость, быстрая утомляемость, брадикардия, обмороки).

Сделать акцент на приверженности к приему лекарств.

Посоветовать пациенту избегать приема обезболивающих и других лекарств и биологически активных добавок, не прописанных врачом, а также заменителей соли с высоким содержанием калия, препаратов солодки, адаптогенов.

ОБУЧЕНИЕ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

ОГРАНИЧЕНИЕ ЖИДКОСТИ

18. Знаете ли Вы о том, что следует ограничивать ежедневное потребление жидкости? Да/Нет (см. комментарий)

Напомнить, что следует поддерживать потребление жидкости до уровня <1,5 л в день, чтобы уменьшить задержку жидкости в организме и улучшить симптомы СН и одышку.

19. Сколько литров жидкости/чашек жидкости вы потребляете в день?

_____ литров _____ чашек

_____ штук фруктов, сочных овощей не учитывает

ОГРАНИЧЕНИЕ СОЛИ

20. Знаете ли Вы о том, что следует ограничивать ежедневное потребление соли? Да/ Нет (см. комментарий)

Повторить основные аспекты ограничения соли в соответствии с индивидуальными особенностями пациента (использование соли при приготовлении пищи, питание вне дома, этнические продукты, жажда, чтение информации на упаковке, инструктирование членов семьи, кто готовит пищу и т.д.).

(Обсудить продукты, содержащие большое количество соли – колбаса и мясные нарезки, хлеб, пицца, маринады, сандвичи, бургеры, готовые полуфабрикаты и супы, чипсы и сухарики, сыр, домашнее консервирование овощей, майонез и другие соусы).

УПРАЖНЕНИЯ/ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

21. Есть ли у Вас ежедневные физические нагрузки?

Да/ Нет (см. комментарий)

Подчеркнуть, что регулярная физическая нагрузка способна улучшить работу сердца и может положительно отразиться на общем самочувствии. Необходимо выбрать вид занятий, наиболее оптимальный и безопасный для Вас. Это могут быть дыхательные упражнения, ходьба. Начинайте заниматься плавно, постепенно увеличивая дистанцию или интенсивность нагрузки по мере возрастания сил и улучшения физической формы. Старайтесь избегать действий, требующих задержки дыхания, физических усилий или резкого выброса энергии.

ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ

22. Курите ли Вы в настоящее время? Да (см. комментарий)/Нет

Проконсультировать о необходимости и методах прекращения курения.

23. Употребляете ли Вы алкоголь? Да (см. комментарий)/Нет

Рекомендовать не употреблять алкоголь.

ПЛАН ДАЛЬНЕЙШЕГО НАБЛЮДЕНИЯ. Исходя из заполненных выше данных определить план действий: вызов скорой медицинской помощи/запись к врачу/визит патронажной службы/плановый телефонный звонок.

12. Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия пациентов с ХСН в зависимости от значений показателя ШРМ с

указанием МО, оказывающих специализированную помощь в рамках реабилитации, и нормативных сроков ее проведения

Рекомендуется всех пациентов с клинически стабильной ХСН включать в структурированные программы комплексной кардиореабилитации с целью уменьшения симптомов заболевания, повышения физической работоспособности, улучшения функциональных возможностей, качества жизни, психологического и социального функционирования.

Информация о пациенте, который выписан из профильного отделения или из отделения медицинской реабилитации второго или третьего этапов в медицинскую организацию по месту жительства (поликлинику) и имеет нарушения функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья, которые требуют проведения реабилитационных мероприятий, передается врачом, наблюдающим пациента и на основании рекомендаций в выписном эпикризе, планирует и согласовывает дальнейшую маршрутизацию пациента на второй или третий этап медицинской реабилитации.

Программы медицинской реабилитации (кардиореабилитации) для пациентов с ХСН должны иметь длительность от 8 до 36 недель (в зависимости от этапа реабилитации), при этом большая часть программ должна выполняться на амбулаторном этапе реабилитации.

Физическая реабилитация пациентов с СН.

Исключить противопоказания к оценке переносимости физических тренировок:

- первые 2 дня после острого коронарного синдрома;
- жизнеугрожающие нарушения ритма сердца (4-5/D-E, R. J. Myerburg);
- неконтролируемая артериальная гипертензия ($\text{АД} > 160/100 \text{ мм рт.ст.}$) или симптомная гипотония;

- активный миокардит и перикардит;
- острая СН (при гемодинамической нестабильности);
- тяжелые стенозы клапанных отверстий;
- тяжелая обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия;
- далеко зашедшая атриовентрикулярная блокада (II-III степени, неконтролируемая экстрасистолия) при отсутствии экстрасистолии;
- внутрисердечный тромбоз;
- острые системные заболевания (до нормализации температуры $>48 \text{ ч}$).

Противопоказания к физическим тренировкам:

- прогрессирование СН со снижением толерантности к физическим нагрузкам или одышка в покое в предшествующие 3-5 дней;
- тяжелая стенокардия с появлением ишемии миокарда при нагрузке ($<2 \text{ МЕТ}, <50 \text{ Вт}$);

пароксизм фибрилляции или трепетания предсердий в течение последних 4-8 нед.;

неконтролируемый сахарный диабет с уровнем глюкозы плазмы >13 ммоль/л в сочетании с кетонурией или >16 ммоль/л без кетонурии;

недавние тромбоэмболии, тромбофлебит.

Тест с 6-минутной ходьбой и методика его применения у пациентов с СН

Цель: тест с 6-минутной ходьбой – один из наиболее широко применяемых методов для оценки функционального класса СН и определения возможности перехода от менее активных тренирующих нагрузок к более активным реабилитационным программам. Вместе с оценкой тяжести симптомов и клинической картиной, результаты исходного и последующих тестов имеют прогностическое значение и позволяют разработать подходы к терапии.

В целом тест с 6-минутной ходьбой оценивает как общую переносимость физических нагрузок, так и реакцию отдельных органов и систем (сердечно-сосудистой, дыхательной, нейромышечной) на нагрузку.

Область применения: всем пациентам с СН до и после лечения для оценки функционального класса СН.

Основные положения: тест требует четкого соблюдения стандартного протокола. При устраниении различий в проведении теста становится возможным сравнивать результаты конкретного пациента в различные периоды времени, а также результаты разных пациентов.

Общие положения

Противопоказания:

первые 2 дня после острого коронарного синдрома;
жизнеугрожающие нарушения ритма сердца (4-5/D-E, R. J. Myerburg);
неконтролируемая артериальная гипертензия ($\text{АД} >160/100$ мм рт.ст.)
или симптомная гипотония;
активный миокардит, эндокардит и перикардит;
острая СН (при гемодинамической нестабильности), – тяжелые
симптомные стенозы клапанных отверстий;
тяжелая обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия;
далеко зашедшая атриовентрикулярная блокада (IIb-III степени,
неконтролируемая экстрасистолия) при отсутствии экстрасистолии;
внутрисердечный тромбоз, тромбоз вен нижних конечностей;
подозреваемое расслоение аорты;
острые системные заболевания (до нормализации температуры >48 ч),
сатурация SpO_2 в покое $<85\%$;
острая дыхательная недостаточность;

острая тромбоэмболия легочной артерии, инфаркт легкого; неконтролируемая бронхиальная астма.

Порядок работы

Условия, место и время выполнения теста:

- Внутри помещения вдоль длинного прямого закрытого коридора с твердым ровным покрытием, с редким передвижением по нему.
- При комфортной температуре тест может быть выполнен на открытом воздухе.
- Длина коридора должна быть 30 м с маркированной стартовой отметкой и последующей разметкой каждые 3-5 м.
- Тест при поступлении и при выписке следует выполнять приблизительно в то же время суток для минимизации вариабельности результатов.

Необходимые инструменты:

1. Рабочий протокол (приложение В)
2. Шкала Борга, стратификация функционального класса по NYHA
3. Секундомер
4. Стул, который можно легко перемещать во время проведения теста (может понадобиться несколько стульев, в зависимости от тяжести состояния и категории риска пациента)
5. Тонометр, стетоскоп, пульсоксиметр
6. Конусы (отметка о 30 метрах)
7. Источник кислорода, электрокардиография, дефибриллятор

Подготовка пациента: удобная одежда, подходящая обувь для прогулок, пациенты должны использовать свои обычные средства передвижения во время теста (трость, ходунки и др.). Стандартная терапия не прекращается. Допустим легкий завтрак при выполнении теста рано утром или в первой половине дня.

В течение 2 ч перед тестом не должно быть интенсивных физических нагрузок.

До начала теста в течение 10 мин:

отдых пациента сидя на стуле рядом со стартовой отметкой;

оценка противопоказаний;

измерение АД, ЧСС, SpO₂;

оценка одышки и слабости по шкале Борга.

До выполнения теста необходимо удостовериться, что обувь и одежда позволяют пациенту выполнить исследование, также за это время заполняется первая часть протокола (см. приложение В).

Оцениваемые параметры

Первичные: расстояние в метрах, пройденное за 6 мин.

Вторичные: АД до теста, ЧСС и SpO₂ до и после теста. Общая слабость и выраженность одышки до и после теста.

Обеспечение безопасности теста:

Обязательно наличие обученного персонала и оборудования для реанимации.

Тест следует немедленно прекратить при появлении одного из следующих симптомов: боль в груди, резкая слабость или головокружение, выраженная одышка, судороги в ногах, шаткость походки, потливость, резкая бледность кожных покровов.

Методика выполнения теста с 6-минутной ходьбой

Пациенты должны быть проинструктированы о целях теста (Приложение А), им предлагается ходить по измеренному коридору в своем собственном темпе (туда и обратно по кругу с точками поворота в каждом конце, обозначенными конусами), стараясь пройти максимальное расстояние в течение 6 мин. Пациентам разрешается останавливаться и отдыхать во время теста. Если появится одышка или слабость можно замедлить темп ходьбы, остановиться и отдохнуть. Во время отдыха можно прислониться к стене, однако пациент должен возобновить ходьбу, когда сочтет это возможным.

Главная цель: пройти максимальное расстояние за 6 мин.

Пациенты должны прекратить ходьбу при возникновении следующих симптомов: очень тяжелая одышка, боль в грудной клетке, резкая слабость или головокружение, боль в ногах, а также при снижении SaO₂ до 80-86%.

Вначале теста встаньте рядом с пациентом на стартовой отметке. Не ходите рядом с пациентом во время выполнения теста, наблюдайте за ним. Не разговаривайте во время выполнения теста. Используйте ровный тон голоса при произнесении стандартных поощряющих фраз. Не отвлекайтесь и не сбивайтесь со счета дистанции. Каждое прохождение стартовой линии отмечайте в протоколе исследования линией, так, чтобы пациент замечал это (можно использовать щелчок таймер или жесты).

Во время выполнения теста каждые 60 сек следует поощрять пациента, произнося спокойным тоном фразы: “Все хорошо” или “Молодец, продолжайте” или “Продолжайте в том же темпе”. Не следует информировать пациента о пройденной дистанции и оставшемся времени. Если пациент замедляет ходьбу, можно напомнить о том, что он может остановиться, отдохнуть, прислониться к стене, а затем, как только почувствует, что может идти, продолжить ходьбу.

По истечении 6 мин следует попросить пациента остановиться и не двигаться, пока не будет измерено пройденное расстояние (с точностью до 1 м).

Раздел Шкалы Борга «интенсивность одышки» представлен выраженностю одышки на обычную нагрузку. До физической нагрузки пациент самостоятельно отмечает тот балл, которому соответствует его физическая активность, второй раз – после проведённого теста с 6-минутной ходьбой определяется балл, которому соответствует интенсивность одышки. В динамике лечения и реабилитационных программ баллы интенсивности одышки должны снижаться. При показателях 5 баллов и выше по Шкале Борга не рекомендуется начинать проведение теста.

Параллельно вторая часть шкалы Борга представляет критерии интенсивности усталости, которые позволяют врачу определить возможность тренирующих нагрузок после проведенного теста с 6-минутной ходьбой (приложение Б). Значение «6-7» соответствует ЧСС 60-70 уд./мин и считается показателем покоя. Увеличение нагрузки предопределяет среди здоровых лиц линейную зависимость между ощущением увеличения усталости и приращения ЧСС. Среди пациентов с хронической СН врача интересует само ощущение усталости, т.к. основная когорта пациентов принимает бета-блокаторы или другие хрононегативные препараты. Поэтому показатель 12-13 и выше ощущения усталости является лимитирующим в плане расширения объемов физических нагрузок. Заполняется врачом после проведения теста с 6-минутной ходьбой.

Интерпретация результатов:

В конце теста оценивается одышка по шкале Borg, ЧСС и SaO₂.

Пройденная дистанция интерпретируется согласно Приложению В.

Приложение А. Инструкция для пациента.

Перед проведением теста:

«Цель данного исследования – пройти как можно БОЛЬШЕЕ РАССТОЯНИЕ в течение 6 мин.

Вы будете ходить взад и вперед по этому коридору (продемонстрировать круг) в течение 6 мин. 6 мин – это довольно большой промежуток времени, поэтому вы можете испытывать трудности. У вас может возникнуть одышка или усталость. Вы можете замедлить темп ходьбы, если это необходимо. Вы можете остановиться и отдохнуть, прислониться к стене, если это будет необходимо, однако следует возобновить ходьбу, как только Вы сможете. У отметки в конце коридора вам будет необходимо быстро развернуться и пойти обратно. Я покажу Вам, как следует разворачиваться (продемонстрировать).

Пожалуйста, не разговаривайте во время выполнения исследования, кроме случаев, если вы почувствуете ухудшение состояния или вам нужно будет спросить что-то важное.

Вы готовы выполнить этот тест? Я буду следить за количеством пройденных кругов и за временем. Каждую минуту я буду говорить Вам об оставшемся времени.

Помните, что цель – пройти как можно больше в течение 6 мин, но не идти вприпрыжку или бегать трусцой. У Вас есть вопросы? Начинаем?»

Непосредственно перед стартом: “Начинайте ходьбу”

Во время ходьбы:

- ✓ 1 минута: “Вы все делаете правильно. Осталось 5 минут”
- ✓ 2 минуты: “Продолжайте в том же духе. Осталось 4 минуты”
- ✓ 3 минуты: “Вы хорошо идете. Половина времени прошла”
- ✓ 4 минуты: “Продолжайте идти. Осталось только 2 минуты”
- ✓ 5 минут: “Все хорошо. Осталось идти только 1 минуту”
- ✓ 5:45: “Через мгновение я скажу вам остановиться. Когда я скажу, остановитесь в том месте, где вы будете находиться, и я к вам подойду”
- ✓ 6 минут: “Стоп”

Если пациент остановился во время теста:

Позвольте пациенту сесть на стул, если это необходимо. Проверьте SpO₂ и ЧСС. Спросите пациента, почему он остановился. Необходимо записать время, когда пациент прекратил ходьбу (но не останавливать время на таймере). Предложите пациенту возобновить ходьбу “Если вы чувствуете возможность, пожалуйста, продолжите ходьбу” (если необходимо, повторять каждые 30 сек).

Приложение Б. Оценка выраженности одышки (по Borg G., 1982).

Инструкция для пациента:

«Это шкала по оценке выраженности одышки. Она начинается с нуля, когда вы абсолютно не испытываете затруднений при дыхании, и заканчивается цифрой 10, когда ваше дыхание максимально затруднено. Насколько затруднено сейчас ваше дыхание?»

0 баллов	одышка отсутствует
0,5 баллов	очень-очень слабая (едва заметная)
1 балл	очень слабая
2 балла	слабая
3 балла	умеренная
4 балла	более тяжелая
5 баллов	тяжелая
6, 7 баллов	очень тяжелая

8, 9 баллов	очень-очень тяжелая
10 баллов	максимальная

Borg Y. Psychophysical bases of perceived exertion. Med. And Sciens in Sport and exers. 1982;1:377-82.

Оценка выраженности усталости (по Borg G., 1970)

Инструкция для врача:

«Это шкала по оценке выраженности усталости. Она начинается с 6-7 баллов, когда пациент абсолютно не испытывает усталости, и заканчивается 18-20 баллов, когда усталость не позволяет проводить физические нагрузки. Данная шкала необходима, чтобы врач решил, возможно ли сохранить такой темп ходьбы или интенсивность нагрузки необходимо снизить»

	Ощущение усталости
6-7	минимальное
8-9	совсем незначительное
10-11	незначительное
12-13	несколько тяжело
14-15	тяжело
16-17	очень тяжело
18-20	очень-очень тяжело

Borg Y. Perceived exertion as an indicator of somatic stress. Sprt. Y. Rehab. Med. 1970;3:92-8.

Приложение В. Тест с 6-минутной ходьбой.

Врач, проводивший исследование _____

ФИО пациента _____

Номер медицинской болезни карты стационарного/
амбулаторного больного

Дата _____

Пол м/ж Рост _____ Вес _____

	Перед началом теста	После завершения теста
ЧСС	_____	_____
Одышка (по шкале Borg)	_____	_____
Слабость (по шкале Borg)	_____	_____
SpO ₂	_____	_____

Паузы или остановки за время выполнения теста да/нет количество _____

Симптомы во время теста:

стенокардия _____,
головокружение _____,
боль в ногах _____,
слабость _____,
другое _____

Количество кругов _____

Пройденная дистанция (м) = _____

Оценка ФК NYHA

Выраженность ХСН (NYHA)	Дистанция 6-минутной ходьбы
I ФК	426-550
II ФК	301-425
III ФК	151-300
IV ФК	<150

Сокращения: АД – артериальное давление, СН – сердечная недостаточность, ФК – функциональный класс, ХСН – хроническая сердечная недостаточность, ЧСС – частота сердечных сокращений.

13. Алгоритм направления пациентов с ХСН на паллиативную медицинскую помощь

1. Определение показаний к оказанию паллиативной медицинской помощи. Медицинские показания к оказанию паллиативной медицинской помощи у пациентов с тяжелой СН при наличии противопоказаний или отказе самого пациента от трансплантации сердца:

- рефрактерная к терапии тяжелая СН (III-IV ФК по NYHA);
- неоднократная госпитализация по причине СН (более 3 раз за последние 12 мес.);
- одышка или боль в грудной клетке в покое или при незначительной физической нагрузке, рефрактерные к проводимой терапии;
- клапанные пороки сердца без возможности их оперативной коррекции, наличие иных значимых структурных поражений камер сердца или коронарных сосудов без возможности проведения реваскуляризации и/или реконструктивных вмешательств;

- наличие сочетанной соматической и/или психической патологии, значимо влияющей на качество жизни, прогноз и/или симптомы основного заболевания;
- результаты эхокардиографии: выраженное снижение фракцией выброса (<25 %) или выраженная легочная гипертензия (давление в лёгочной артерии >70 мм рт. ст.), рефрактерные к терапии; тяжелое неоперабельное заболевание периферических сосудов.

2. Формирование медицинского заключения и направление на врачебную комиссию (ВК). Проводится в медицинской организации, где наблюдается пациент. Врачебная комиссия: рассматривает документы, подтверждает нуждаемость в ПМП, определяет форму оказания паллиативной помощи:

- Амбулаторно (выездная служба / патронаж);
- Стационарно (отделение паллиативной помощи);
- Дневной стационар;
- Хоспис (при наличии показаний);

Решение оформляется протоколом ВК и вносится в медицинскую карту.

14. Регламент контроля качества медицинской помощи

Критерии качества медицинской помощи пациентам с СН:

>80 % пациентов состоят под диспансерным наблюдением;

>80 % пациентов ведут дневник веса и АД;

>80 % пациентов посетили школу для пациентов с СН и информированы о наличии специализированных образовательных сайтов;

>80 % пациентов при наличии показаний, в т.ч. для решения вопроса о высокотехнологичной медицинской помощи, проконсультированы специалистами медицинских организаций третьего уровня с возможностями углубленного обследования и оказания специализированной, в т.ч. высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с СН;

>50 % пациентов охвачены вакцинацией против гриппа;

>50 % пациентов охвачены вакцинацией против пневмококковой инфекции;

100 % назначены основные классы доказанной болезнь-модифицирующей терапии (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента/блокаторы рецепторов к ангиотензину II/ангiotензиновых рецепторов и неприлизина ингибитор, бета-адреноблокаторы, альдостерона анtagонисты и ингибиторы натрий-глюкозного-котранспортера 2 типа) в соответствии с клиническими рекомендациями при отсутствии противопоказаний;

>80 % пациентов с СН с низкой фракцией выброса, имеющих АД >100 мм рт.ст., получают целевые дозы ингибиторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы;

>80 % пациентов с СН с низкой фракцией выброса имеют целевую частоту сердечных сокращений (ЧСС) <70 в мин при синусовом ритме, <100 в мин при фибрилляции предсердий;

>80 % профильность госпитализации пациентов с декомпенсацией СН (*в кардиологическое отделение (койки для пациентов с СН в структуре кардиологического или терапевтического отделения) в соответствии с региональным приказом о маршрутизации пациентов с СН*);

>85 % госпитализированных пациентов с декомпенсацией СН получили помощь мультидисциплинарной команды специалистов;

>85 % пациентов, госпитализированных с СН, выписываются с назначением основных классов доказанной болезнь-модифицирующей терапии (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента/блокаторы рецепторов к ангиотензину II/ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибитор, бета-адреноблокаторов, альдостерона анtagонисты и ингибиторы натрий-глюкозного-котранспортера 2 типа) в соответствии с клиническими рекомендациями при отсутствии противопоказаний;

для >50 % пациентов с СН организован ранний (3-7 сут.) телефонный звонок или амбулаторный визит с контролем лабораторных параметров на 7-14 сут. после выписки;

>85 % пациентов включены в программы этапной физической реабилитации.

15. Организация учета пациентов с ХСН, включая организацию ведения регионального и/или межрегионального и/или федерального регистра/реестра пациентов ХСН.

Организован персонифицированный учет больных с ХСН, ведение Республиканского сегмента регистра больных ХСН на территории Республики Дагестан.

Основные цели регистра:

- Эпидемиология (учет количества больных).
- Постановка на Д-учет и формирование журнала Д-наблюдения (учет кратности наблюдения).
- Своевременность и эффективность диагностики.
- Реальная клиническая практика (исходное состояние пациента, схемы лечения, динамика состояния на фоне лечения).
- Анализ данных регистра, оценка качества лечения, рекомендации по правильному ведению больных.

- Эффективность лечения (оценка результатов лечения).
- Уточнение прогноза заболевания (продолжительность и качество жизни пациентов на фоне терапии).
- Планирование закупки препаратов по льготному обеспечению.

Критерии включения в регистр:

- С впервые установленным диагнозом хроническая сердечная недостаточность (коды по МКБ-10: 150, 150.1, 150.9).
- С ранее установленным диагнозом хроническая сердечная недостаточность.
- В регистр включаются пациенты с низкой фракцией выброса левого желудочка ($\text{ФВ ЛЖ} \leq 40\%$), с промежуточной фракцией выброса левого желудочка ($\text{ФВ ЛЖ } 41\text{-}49\%$) и пациенты с сохраненной фракцией выброса левого желудочка ($\text{ФВ} \geq 50\%$ у пациента после госпитализации по поводу декомпенсации ХСН или $\text{ФВ ЛЖ} \geq 50\%$ у пациента с повышенным натрийуретическим пептидом).
- В регистр включаются пациенты, у которых диагноз хроническая сердечная недостаточность выявлен на амбулаторно-поликлиническом этапе врачами-кардиологами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики, фельдшером ФАПа (ФЗП) или у которых диагноз установлен во время госпитализации в стационаре (пациент включается в регистр после выписки из кардиологического или терапевтического отделения).

16. Утверждение стандартизованных протоколов, применяемых для скрининга, диагностики и лечения ХСН на амбулаторном и стационарном этапах. Примеры отдельных чек-листов, алгоритмов, отчетных форм и мониторингов, регистров/реестров пациентов, а также других дополнительных материалов по работе подразделений для пациентов с ХСН доступны в публикациях, подготовленных с участием главных внештатных специалистов кардиологов^{9,10}.

Работа проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 13.10.2022 №1111-Л «Об организации медицинской помощи взрослому населению с хронической сердечной недостаточностью на территории Республики Дагестан».

⁹ Виллевальде С. В., Соловьева А. Е., Звартай Н. Э., Авдонина Н. Г., Яковлев А. Н., Ситникова М. Ю., Федотов П. А., Лопатин Ю. М., Галявич А. С., Дупляков Д. В., Фомин И. В., Шляхто Е. В. Принципы организации медицинской помощи пациентам с сердечной недостаточностью в системе управления сердечно-сосудистыми рисками: фокус на преемственность и маршрутизацию пациентов. Практические материалы // РКЖ. 2021. №S3.

¹⁰ «Методические рекомендации для медицинских сестер кабинетов ХСН» от ФГБУ «НМИЦК им. академика Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

4.5. Регламент маршрутизации пациентов с острым аортальным синдромом

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.

В регламенте маршрутизации пациентов с ОАС рекомендовано отразить следующую информацию:

1. Перечень МО, участвующих в маршрутизации пациентов с ОАС и зоны их территориальной ответственности, в том числе с указанием зон с ограниченной (сезонной) транспортной доступностью и необходимостью использования санитарной авиации при транспортировке пациентов.

Таблица №22

Наименование медицинской организации с МСКТ	Прикрепленные территории
---	--------------------------

ГБЦ РД «Республиканская клиническая больница им. А.В. Вишневского»	Кировский район г. Махачкалы с прилегающими поселками (Семендер, Красноармейск, Ленинкент, Альбурикент, Шамхал-Термен, Сулак, Новострой)	г. Буйнакс Буйнакский район Ахвахский район Ботлихский район Гергебильский район Гумбетовский район Кумторкалинский район Сергокалинский район
ГБУ РД «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи»	Советский район г. Махачкалы с прилегающими поселками (Кяхулай, Тарки) г. Избербаш	Акушинский район Каякентский район Левашинский район Лакский район Кулинский район Унцукульский район Тляратинский район Хунзахский район Цумадинский район
ГБУ РД «Городская клиническая больница»	г. Дербент г. Дагестанские Огни Дербентский район С.Стальский район Рутульский район Табасаранский район Хивский район	Ахтынский район Агульский район Дахадаевский район Докузпаринский район Курахский район Кайтагский район Магарамкентский район
ГБУ РД «Хасавюртовская ЦГБ им. Р.П. Аскерханова»	г. Хасавюрт г. Кизилюрт Хасавюртовский район Кизилюртовский район	Бабаюртовский район Новолакский район Казбековский район
ГБУ РД «Кизлярская ЦГБ»	г. Кизляр г. Южно-Сухокумск	Кизлярский район Ногайский район Тарумовский район п. Кочубей

Перевод из районных больниц Республики Дагестан осуществляется после предварительной телемедицинской консультации (далее - ТМК) и с соблюдением критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

Зоной ответственности является территория нахождения пациента на момент обращения за медицинской помощью в экстренной форме (место вызова скорой медицинской помощи, самообращения, расположение

медицинской организации, в которой находится пациент и отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи).

2. Алгоритм экстренной ТМК пациентов с подтвержденным ОАС с врачом-ССХ, врачом по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению для определения тактики ведения и возможности транспортировки в специализированную МО, обладающую компетенциями в лечении данной патологии.

После выполнения МСКТ и уточнения типа расслоения аорты по Де Бейки.

- Тип I – расслоение начинается с восходящей аорты и распространяется на дугу, нисходящий и брюшной отделы аорты;
- Тип II – расслоение начинается с восходящей аорты и ограничено расслоением в этом отделе;
- Тип III – расслоение начинается в нисходящем отделе грудной аорты и распространяется вниз на часть или всю грудную аорту с вовлечением брюшной аорты или без него.

При выявлении I и II типа расслоения аневризмы аорты поставить в известность руководителя или заместителя главного врача по лечебной части медицинской организации, где проведена МСКТ, организовать госпитализацию пациента в реанимационное отделение.

3. Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий в случае наличия острой боли в грудной клетке и подозрения на ОАС в соответствии с КР.

3.1. Электрокардиография

3.2. Анализ крови на маркеры повреждения миокарда для дифференциальной диагностики, С-реактивный белок, D- димер.

3.3. Трансторакальная эхокардиография, Чрезпищеводная эхокардиография

3.4. МСКТ с контрастированием восходящей, дуги и нисходящей аорты.

3.5. Госпитализация больного в стационар с последующей транспортировкой на оперативное лечение в ФЦ ССХ.

4. Алгоритм оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе.

4.1. При отсутствии проявлений шока и жизнеугрожающих состояний помочь пациенту оказывается общепрофильными бригадами скорой медицинской помощи ГБУ РД «Дагестанский центр медицины катастроф» (далее – ГБУ РД «ДЦМК»)

4.2. У больных с проявлениями шока и жизнеугрожающих состояний - специализированными реанимационными бригадами скорой медицинской помощи ГБУЗ АО "Центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи".

4.3. Проводится купирование болевого синдрома и иных нарушений:

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

- адекватное обезболивание с использованием опиоидных анальгетиков и бензодиазепинов внутривенно;

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

- при наличии гипертензии осуществляется управляемая гипотония.

В случае развития нарушений витальных функций на этапе транспортировки показано проведение комплекса реанимационных мероприятий, в том числе оротрахеальная интубация и ИВЛ.

5. Алгоритм взаимодействия МО и служб, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ОАС, включая межтерриториальное взаимодействие с МО регионального и федерального уровней.

Медицинские организации, где проведена МСКТ и выявлено расслоение аневризмы аорты I и II типа, необходимо связаться с Управлением организации оказания медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Дагестан для организации отправки результатов проведенного МСКТ аорты в Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии г. Астрахань Минздрава России (далее ФЦ ССХ). После получения ответа из ФЦ ССХ поставить в известность ГБУ РД «ДЦМК» и совместно организовать транспортировку пациентов с I и II типом РАА в ФЦ ССХ.

При диагностике расслоения III типа, госпитализировать пациента в реанимационное отделение. Необходимо стабилизировать состояние пациента, мониторировать артериальное давление (системическое АД не более 110-120 мм. рт.ст.), пульс, сатурацию, газовый состав крови, гемоглобин, эритроциты, креатинин, мочевину, амилазу, щелочную фосфотазу, следить за темпом диуреза.

При наличии признаков мезентериальной ишемии, почечной недостаточности, ишемии нижних конечностей при III типе расслоения (осложненный тип), необходимо решить вопрос об экстренной транспортировке пациента для выполнения оперативного вмешательства в ФЦ ССХ.

При диагностировании расслоения инфаренального отдела дуги аорты необходимо срочно госпитализировать пациента в сосудистое отделение ГБУ РД

«Республиканская клиническая больница им А.В. Вишневского», для выполнения экстренного оперативного вмешательства.

6. Список контактов для взаимодействия с ответственными лицами и службами МО, задействованных в оказании медицинской помощи пациентам с ОАС.

Таблица №23

Медицинская организация	ФИО	Должность	Контакт Моб. телефон
1	2	3	4
ГБУ РД «Агульская ЦРБ»	Багаудинов Магомедзагид Закирович	Главный врач	8 989 482-42-24
ГБУ РД «Акушинская ЦРБ»	Джамбулатов Айиуб Рашидович	Главный врач	8 906 247-09-99
ГБУ РД «Ахвахская ЦРБ»	Иманалиев Хайбула Байсулаевич	Главный врач	8 988-273-86-88
ГБУ РД «Ахтынская ЦРБ»	Аскарова Мария Акимовна	Главный врач	8 989 927-44-52
ГБУ РД «Бабаюртовская ЦРБ»	Маматаев Руслан Казакмурзаевич	Главный врач	8 989 460-39-95
ГБУ РД «Ботлихская ЦРБ»	Соломанов Руслан Магомедович	Главный врач	8 928 577-77-76
ГБУ РД «Белидженская УБ»	Тагирбеков Рамазан Магомедович	Главный врач	8 928 508 46 47
ГБУ РД «Буйнакская ЦРБ»	Омаров Батыр-Ахмед Мухтарович	Главный врач	8 928 961-11-16
ГБУ РД «Гергебильская ЦРБ»	Магомедов Осман Зайнулабидович	Главный врач	8 906 760 00 03
ГБУ РД «Гумбетовская ЦРБ»	Абакарова Ухумаали Абакаровича	Главный врач	8 928 972 26 64
ГБУ РД «Гунибская ЦРБ»	Саидов Насрудин Саидович	Главный врач	8 985 852-41-05
ГБУ РД «Дахадаевская ЦРБ»	Абдурагимов Набигулла Талгатович	Главный врач	8 928 052 77 52

Медицинская организация	ФИО	Должность	Контакт Моб. телефон
1	2	3	4
ГБУ РД «Дербентская ЦРБ»	Самедов Фуад Вагифович	Главный врач	8 988 206 99 99
ГБУ РД «Докузпаринская ЦРБ»	Ахмедов Заур Ахмедович	Главный врач	8 989 444 57 77
ГБУ РД «Казбековская ЦРБ»	Амиев Рашид Абдулаевич	Главный врач	8 988 271 24 44
ГБУ РД «Кайтагская ЦРБ»	Омаров Рустам Вайсуркурианиевич	Главный врач	8 989 454 41 42
ГБУ РД «Карабудахкентская ЦРБ»	Гиравов Расул Гиравович	Главный врач	8 989 655 86 75
ГБУ РД «Каякентская ЦРБ»	Абдурагимов Магомеднаби Камбулатович	Главный врач	8 906 846 66 68
ГБУ РД «Кизилуртовская ЦРБ»	Гаджиев Магомед Сурхаевич	Главный врач	8 928 683 25 92
ГБУ РД «Кизлярская ЦРБ»	Газиев Кутбудин Магомедовича	Главный врач	8 903 423 20 23
ГБУ РД «Кулинская ЦРБ»	Щамхалов Курбанмагомед Гарунович	Главный врач	8 928 527 00 37
ГБУ РД «Кумторкалинская ЦРБ»	Забитова Анель Камильевна	Главный врач	8 963 412 50 50
ГБУ РД «Курахская ЦРБ»	Азимов Азим Акимович	Главный врач	8969 747 29 29
ГБУ РД «Лакская ЦРБ»	Гаджиев Мурад Гаджиевич	Главный врач	8 928 099 78 23
ГБУ РД «Левашинская ЦРБ»	Абдурашидова Патимат Багандалиевна	Главный врач	8 967 934 44 44

Медицинская организация	ФИО	Должность	Контакт Моб. телефон
1	2	3	4
ГБУ РД «Магарамкентская ЦРБ»	Беглеров Гаджибала Гаджиевич	Главный врач	8 906 375 35 23
ГБУ РД «Новолакская ЦРБ»	Султанова Людмила Магомедовна	Главный врач	8 928 866 75 87
ГБУ РД «Ногайская ЦРБ»	Межитова Фаризат Янибековна	Главный врач	8 929 868 36 48
ГБУ РД «Рутульская ЦРБ»	Абеев Султан Кадратович	Главный врач	8 963 424 63 11
ГБУ РД «Сергокалинская ЦРБ»	Багомедов Али Гаджиевич	Главный врач	8 909 481 10 10
ГБУ РД «Сулейман-Стальская ЦРБ»	Алиомаров Мевлидин Мамедович	Главный врач	8 928 587 33 30
ГБУ РД «Табасаранская ЦРБ»	Мирзабеков Абсеретдин Исмаилович	Главный врач	8 963 424 99 11
ГБУ РД «Тарумовская ЦРБ»	Исаев Асхаб Курбанович	Главный врач	8 928 564 64 20
ГБУ РД «Кочубейская МСЧ»	Давудов Магомед Сайпудинович	Главный врач	8 928 683 15 55
ГБУ РД «Тляратинская ЦРБ»	Гаджиев Ибрагим Магомедович	Главный врач	8 967 392 90 09
ГБУ РД «Унцукульская ЦРБ»	Магомедова Айшат Магомедовна	Главный врач	8 928 562 52 80
ГБУ РД «Хасавюртовская ЦРБ»	Минатуллаев Шамиль Абдулмуслимович	Главный врач	8 928 582 11 57
ГБУ РД «Хивская ЦРБ»	Багичева Индира Муминовна	Главный врач	8 960 416 24 37

Медицинская организация	ФИО	Должность	Контакт Моб. телефон
1	2	3	4
ГБУ РД «Хунзахская ЦРБ»	Абдулаев Расул Магомедович	Главный врач	8 988 775 33 03
ГБУ РД «Цумадинская ЦРБ»	Дибирасулаев Хейрул-Анама Магомедович	Главный врач	8 961 837 57 57
ГБУ РД «Цунтинская ЦРБ»	Алиева Мадинат Рамазановна	Главный врач	8 961 514 86 50
ГБУ РД «ЦРБ Бежтинского участка Цунтинского района»	Абдулмеджидов Али Султанович	Главный врач	8 960 408 47 76
ГБУ РД «Чародинская ЦРБ»	Халилова Зарема Магомедовна	Главный врач	8 908 004 55 55
ГБУ РД «Шамильская ЦРБ»	Курамагомедов Имамшапи Магомедович	Главный врач	8 965 490 70 02
ГБУ РД «Новолакская РБ № 1 (Новострой)»	Халилов Ибрагим Гасанович	Главный врач	8 960 413 41 36
ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ»	Исрапилова Бульбул Гасановна	Главный врач	8 928 866 83 33
ГБУ РД «Новолакская РБ № 1 (Новострой)»	Гафуров Руслан Гасанович	Главный врач	8 928 560 02 84
ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ»	Гаджимагомедов Максим Гаджимагомедович	Главный врач	8 928 533 57 27
ГБУ РД «Город Дагестанские Огни»	Гаджимагомедов Максим Гаджимагомедович	Главный врач	8 930 365 5555
ГБУ РД «Дербентская ЦГБ»	Мурадов Ислам Усманович	Главный врач	8 960 412 53 20
ГБУ РД «Избербашская ЦГБ»	Абдулаев Мурад Изамутдинович	Главный врач	8 926 154 96 89
			8 960 413 00 85

Медицинская организация	ФИО	Должность	Контакт Моб. телефон
1	2	3	4
ГБУ РД «Каспийская ЦГБ»	Рамазанов Расим Рагимович	Главный врач	8 928 950 62 72
ГБУ РД «Кизилуртовская ЦГБ»	Шабанова Патимат Даитбеговна	Главный врач	8 961 406 77 77
ГБУ РД «Кизлярская ЦГБ»	Магомедов Эльдар Ахмедович	Главный врач	8 929 868 05 72
ГБУ РД «Хасавюртовская ЦГБ»	Гаджиева Алжанат Багавудиновна	Главный врач	8 989 897 54 43
ГБУ РД «Южно-Сухокумская ЦГБ»	Цинпаев Джамалутдин Омариевич	Главный врач	8 989 460 03 63
ГБУ РД «РКБ №2»	Гаджимурадов Феликс Ильясбекович	Главный врач	8 928 588 53 10
ГБУ РД «ГКБ»	Малаев Хаджимурат Магомедович	Главный врач	8 988 265 96 60
ГБУ РД «РКБ им. А.В. Вишневского»	Темирболатов Магомедсалам Джанболатович	Главный врач	8 928 565 16 07
ГБУ РД «РКБ СМП»	Иманалиев Магомед Расулович	Главный врач	8 916 844 32 34
ГБУ РД «НКО ДЦКиССХ»	Абакаров Абакар Магомедович	Главный врач	8 989 446 03 93

8. Характер дальнейшего диспансерного наблюдения за пациентами с ОАС.

Амбулаторное наблюдение у врача-кардиолога (врача-терапевта) по осуществляется месту жительства пациентов в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 марта 2022 г. N 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» не реже 4 раз в год, пожизненно.

9. Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия пациентов с ОАС после выполненного хирургического лечения с указанием МО, оказывающих специализированную помощь в рамках реабилитации, а также сроков проведения реабилитации с учетом ШРМ

10. Механизм учета пациентов, перенесших хирургическое вмешательство по поводу ОАС, в том числе за пределами субъекта Российской Федерации. Учет возможен в рамках отдельного регистра/реестра, реализованного в ГИС «РФ ЕГИСЗ РД».

4.6. Регламент маршрутизации пациентов с острой ишемией конечностей

1. Перечень МО, участвующих в маршрутизации пациентов с ОИК ГБУ РД «РКБ им.А.В.Вишневского», «Хасавюртовская ЦГБ», «Дербентская ЦГБ»

2. Алгоритм диагностики и оказания медицинской помощи на каждом из этапов маршрутизации пациентов с ОИК с учетом срочности медицинского вмешательства и показаний к проведению как открытой тромбэктомии, так и рентгенэндоваскулярного лечения с возможностью тромболитической терапии. Для подтверждения диагноза и оценки степени ишемии предусмотреть выполнение комплекса лабораторных исследований, включая общий и биохимический анализ крови (с оценкой уровня лактата, креатинина, глюкозы), коагулограмму (активированное частичное тромбопластиновое время, протромбиновый индекс, фибриноген, D-димер) и газовый состав крови (при наличии показаний). Инструментальная диагностика включает ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) дуплексное сканирование артерий нижних конечностей, а при необходимости – мультиспиральную компьютерную томографию (далее – МСКТ) сосудов или МРТ ангиографию (при наличии) для уточнения уровня и характера окклюзии.

3. Эвакуация пациентов с ОИК, в том числе для выполнения реваскуляризации приоритетна в ближлежащую МО. При необходимости с проведением дистанционных консультаций и возможностью выезда в МО для очной консультации и проведения оперативного вмешательства сосудистым хирургом РКБ им.А.В.Вишневского.

4. После поступление пациента в МО регионального уровня и невозможности провести лечение в регионе, пациент направляется в федеральный центр по согласованию после полного дообследования, требующего для определения дальнейшей тактики лечения.

5. Список контактов для взаимодействия с ответственными лицами и службами МО, задействованных в оказании медицинской помощи пациентам с ОИК.

6. РКБ им.А.В.Вишневского – зав.отделением сосудистой хирургии Магомедов Багаудин Серажутдинович тел.: 8 928 520 03 03, Хасавюртовская ЦРБ – врач сосудистый хирург Исмаилов Магомед Газиявович – 8 938 030 34 34; Дербентская ЦРБ – заведующий отделением сосудистой хирургии Гаджиев Кемаль Рамисович 8 909 567

7. Учет пациентов, перенесших хирургическое вмешательство по поводу ОИК ведется в ЕЦП и в отделенческих журналах.

8. Для лечения дислипидемии пациентов с мультифокальным атеросклерозом и нарушениями липидного обмена назначаются статины с контролем липидного спектра с дальнейшей консультацией кардиолога по месту жительства.\

9. Характер дальнейшего ДН за пациентами с мультифокальным атеросклерозом. Диспансерное наблюдение осуществляется врачом-

кардиологом и (при наличии) организуется наблюдение в специализированном центре.

10. ДН (при необходимости) у врача-ССХ (сосудистого хирурга) или врача хирурга в амбулаторных условиях, врача по медицинской реабилитации в целях контроля сосудистого риска, ведения пациентов с хронической ишемией конечностей и профилактики рецидивов.

Динамическое наблюдение проводится каждому пациенту через месяц после выписки и ежегодно приглашается на очную консультацию с результатами дуплексного сканирования артерий нижних конечностей.

4.7. Регламент маршрутизации пациентов с тромбоэмболией легочной артерии

Настоящий регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи пациентам с тромбоэмболией легочной артерии (далее – ТЭЛА).

Организация оказания медицинской помощи пациентам с ТЭЛА осуществляется в рамках реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи с учетом актуальных КР, действующих стандартов и порядков оказания медицинской помощи, протоколов ведения пациентов с ТЭЛА.

С точки зрения международной классификации болезней десятого пересмотра к понятию ТЭЛА могут быть отнесены состояния, соответствующие коду I26.

При формировании Регламента маршрутизации пациентов с ТЭЛА рекомендовано отразить следующую информацию:

- Перечень МО, в структуре которых имеются отделение МСКТ, анестезиологии-реанимации, отделение терапии, отделение кардиологии, ПСО, РСЦ, отделение сосудистой хирургии, кардиохирургическое отделение, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь пациентам с неотложными и экстренными ССЗ.

Таблица №24

Район	Медицинские организации первичного уровня		Медицинские организации специализированного уровня		Mедицинские организации третьего уровня
	Отделение терапии	Отделение кардиологии	Отделение терапии	Отделение кардиологии	РСЦ, ПСО, отделение сосудистой хирургии, кардиохирургическое отделение, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения
«Агульская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Акушинская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Ахвахская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Ахтынская ЦРБ»	+	-	-	-	-

«Бабаюртовска я ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Ботлихская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Белиджинская УБ»	+	-	-	-	-
«Буйнакская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Гергебельская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Гумбетовская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Гунибская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Дахадаевская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Дербентская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Докузпаринск ая ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Казбековская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Кайтакская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Карабудахкен тская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Каякентская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Кизилюртовск ая ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Кизлярская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Кулинская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Кочубейческая МСЧ»	+	-	-	-	-
«Кумторкалинс кая ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Курахская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Лакская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Левашинская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Магарамкентс кая ЦРБ»	+	-	-	-	-
Новолакская рай. Б-ца №1 (Новострой)	+	-	-	-	-
«Новолакская ЦРБ»	+	-	-	-	-

«Ногайская ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Рутульская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Сергокалинск ая ЦРБ»	+	-	-	-	-
«С.Стальская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Табасанарская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Тарумовская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Тляратинская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Унцукульская ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Хасавюртовск ая ЦРБ»	+	+	-	-	-
«Хивский ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Хунзахская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Цумадинская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Цунтинская ЦРБ»	+	-	-	-	-
Шамильская ЦРБ	+	-	-	-	-
«Чародинская ЦРБ»	+	-	-	-	-
«Буйнакская ЦГБ» - ПСО	-	-	+	+	-
«Даг. Огнинская ЦГБ»	+	-	-	-	-
«Дербентская ЦГБ»	-	-	+	+	-
«Избербашская ЦГБ»	+	-	-	-	+
«Каспийская ЦГБ»	+	+	-	-	-
«Кизилюртовск ая ЦГБ»	-	-	+	+	-
«Кизлярская ЦГБ»	-	-	+	+	-
«Хасавюртовск ая ЦГБ»	-	-	+	+	-
«Ю- Сухокумская ЦГБ»	+	-	-	-	-

г.Махачкала «ГКБ №1»	-	-	+	+	+
г. Махачкала ГБУ «РКБ №2»	-	-	-	-	+
Г. Махачкала ГБУ «РКБ СМП»	-	-	-	-	+
Г. Махачкала ГБУ «РКБ»	-	-	-	-	+
Г. Махачкала ГБУ РД «ДЦК и ССХ»	-	-	-	-	+

2. Зоны ответственности данных МО (муниципальные районы, внутригородские районы).

Таблица №25

Наименование медицинской организации	Прикрепленные территории		
Региональный сосудистый центр ГБУ РД «Республиканская клиническая больница» г. Махачкала 2 ангиографических комплекса	Кировский район г. Махачкалы с прилегающими поселками (Семендер, Красноармейск, Ленинкент, Альбурикент, Шамхал, Шамхал - Термен, Сулак) Новострой	Кумторкалинский район Сергокалинский район Ахвахский район Ботлихский район Гунибский район Гергебильский район Гумбетовский район ПСО ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ» «Кизлярская ЦГБ»	
Региональный сосудистый центр ГБУ РД «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Махачкала 1 ангиографический комплекс	Советский район г. Махачкалы с прилегающими поселками (Тарки, Кяхулай) г. Избербаш Акушинский район, Каекентский район	Левашинский район Лакский район Кулинский район Унцукульский район Тляратинский район Хунзахский район Цумадинский район	

Региональный сосудистый центр ГБУ РД «Городская клиническая больница» г. Махачкала 2 ангиографических комплекса	Ленинский район г. Махачкалы с прилегающими поселками (Турали, Новый Кяхулай, Новый Хушет) г. Каспийск	Карабудахкентский район Цунтинский район Чародинский район Шамильский район Бежтинский участок
Региональный сосудистый центр ГБУ РД «Дербентская ЦГБ» г. Дербент 1 ангиографический комплекс	г. Дербент г. Дагестанские Огни Дербентский район С.Стальский район Рутульский район Табасаранский район Хивский район	Ахтынский район Агульский район Дахадаевский район Докузпаринский район Курахский район Кайтагский район Магарамкентский район
Региональный сосудистый центр ГБУ РД «Хасавюртовская ЦГБ» г. Хасавюрт 1 ангиографический комплекс	г. Хасавюрт г. Кизилюрт Хасавюртовский район Кизилюртовский район	Бабаюртовский район Новолакский район Казбековский район

Наименование медицинской организации	Прикрепленные территории		
ПСО ГБУ РД «Кизлярская ЦГБ»	г. Кизляр г. Южно-Сухокумск	Кизлярский район Ногайский район Тарумовский район п. Кочубей	
ПСО ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ»	г. Буйнакск	Буйнакский район	

3. Численность взрослого населения в зоне ответственности (округленной до 10 000 человек).

Первичные сосудистые отделения (ПСО)

Таблица №26

ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ» ПСО без ангиографического комплекса	Всего нас.	Взрослое нас.	Трудосп. нас.
ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ»	68 991	49 926	39 317

ГБУ РД «Буйнакская ЦРБ»	85 268	58 016	46 705
Итого прикреплено населения	154 259	107 942	86 022

ГБУ РД «Кизлярская ЦГБ» ПСО без ангиографического комплекса	Всего нас.	Взрослое нас.	Трудосп. нас.
«Кизлярская ЦГБ»	53 011	39 752	30 098
«Кизлярская ЦРБ»	78 845	54 091	43 699
«Ногайская ЦРБ»	17 923	13 573	10 225
«Тарумовская ЦРБ»	27 307	17 756	14 692
«МСЧ п. Кочубей»	8 282	9 669	8 172
«Ю-Сухокумская ЦГБ»	10 565	8 107	6 619
Итого прикреплено населения	195 933	142 948	113 505

Региональные сосудистые центры (РСЦ)

Таблица №27

ГБУ РД «РКБ»	Всего нас.	Взрослое нас.	Трудосп. нас.
Кировский район г. Махачкалы с прилегающими поселками (Семендер, Красноармейск, Ленинкент, Альбурикент, Шамхал, Шамхал - Термен, Сулак),	188556	158905	148021
«Кумторкалинская ЦРБ»	29179	19827	16109
«Сергокалинская ЦРБ»	26598	20297	15602
«Новолакская РБ№1»	11938	7831	6341
«Ахвахская ЦРБ»	24 814	18 182	14 834
«Ботлихская ЦРБ»	60 928	44 146	36 644
«Гергебельская ЦРБ»	20 239	16 546	13 018
«Гумбетовская ЦРБ»	21 427	18 468	14 298
«Гунибская ЦРБ»	30 260	21 473	16 319
«Буйнакская ЦГБ»	68991	49926	39317
«Кизлярская ЦГБ»	53011	39752	30098
Итого прикреплено населения	535941	415353	350601

ГБУ РД "РКБ СМП"	Всего нас.	Взрослое нас.	Трудосп. нас.
Советский район г. Махачкалы, п. Тарки, Кяхулай,	219317	184447	131817
«Акушинская ЦРБ»	54337	39814	31687

«Каякентская ЦРБ»	59580	40972	32895
«Кулинская ЦРБ»	10474	8472	6219
«Лакская ЦРБ»	12132	9336	6757
«Левашинская ЦРБ»	81474	57628	46145
«Избербашская ЦГБ»	57365	47811	37554
«Тляратинская ЦРБ»	23 892	16 744	13 411
«Унцукульская ЦРБ»	31 757	23 585	19 053
«Хунзахская ЦРБ»	31 303	24 375	19 101
«Цумадинская ЦРБ»	27 178	18 329	14 966
Итого прикреплено населения	608809	471513	359605

ГБУ РД «ГКБ»	Всего нас.	Взрослое нас.	Трудосп. нас.
Ленинский район г. Махачкалы с прилегающими поселками (Турали, Новый Кяхулай, Новый Хушет),	214787	180931	134756
«Карабудахкентская ЦРБ»	101957	59078	48148
«Каспийская ЦГБ»	125747	98371	80896
«Цунтинская ЦРБ»	12 667	7 582	3 457
«Бол. Бежтинского уч.»	8 544	5 010	4 106
«Чародинская ЦРБ»	14 234	9 433	7 308
«Шамильская ЦРБ»	30 908	22 015	16 897
Итого прикреплено населения	508844	382420	295568

ГБУ РД «Дербентская ЦГБ»	Всего нас.	Взрослое нас.	Трудосп. нас.
«Дербентская ЦГБ»	126078	99978	80685
«Агульская ЦРБ»	10355	7995	6214
«Ахтынская ЦРБ»	31751	24552	19568
«Дахадаевская ЦРБ»	36286	26388	20548
«Дербентская ЦРП»	83832	56427	48056
«Белиджинская УБ»	16578	14591	12814
«Докузпаринская ЦРБ»	15166	10719	8712
«Кайтакская ЦРБ»	33428	23615	18785
«Курахская ЦРБ»	14885	10986	8766
«Магарамкентская ЦРБ»	55730	46899	37757
«Рутульская ЦРБ»	20364	15178	12145
«С.Стальская ЦРБ»	57421	42864	33395

«Табасанарская ЦРБ»	52419	33986	27102
«Хивский ЦРБ»	20688	15289	12205
«ЦГБ ГО г. Даг. Огни»	31894	20986	16175
Итого прикреплено населения	606875	450453	362927

ГБУ РД «Хасавюртовская ЦГБ»	Всего нас.	Взрослое нас.	Трудосп. нас.
«Хасавюртовская ЦГБ»	157466	108447	89645
«Кизилюртовская ЦГБ»	50035	35914	28672
«Хасавюртовская ЦРП»	174149	108885	89131
«Кизилюртовская ЦРБ»	76020	49573	39791
«Бабаюртовская ЦРБ»	53733	34885	28431
«Новолакская ЦРБ»	21893	16260	13190
«Казбековская ЦРБ»	51053	34162	27977
Итого прикреплено населения	584349	388126	316837

4. Возможности медицинской эвакуации пациента с ТЭЛА в критическом состоянии и ожидаемое время транспортировки в стационар по зонам ответственности.

Оказание медицинской помощи больным с ТЭЛА осуществляется на догоспитальном этапе и продолжающемся в первичных сосудистых отделениях (далее – ПСО) и региональном сосудистом центре (далее - РСЦ).

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

4.2. При обращении пациента в службу скорой медицинской помощи (далее – СМП) с жалобами остро возникшую одышку, боль в груди или кровохарканье, пре- и синкопальным состоянием на фоне нестабильности гемодинамики диспетчер станции скорой медицинской помощи должен уточнить следующие вопросы:

- а) Сколько времени прошло от начала возникновения одышки;
- б) Характер одышки (ощущает ли хрипы в груди, имело ли ранее место одышка);
- в) Ставился ли ранее диагноз: ТЭЛА, ХВЗВ
- г) Имеется ли в анамнезе перенесённые переломы и оперативные вмешательства
- д) Применение оральных контрацептивов

Данная информация предоставляется врачу/фельдшеру бригады СМП.

4.3. Доставка больных с ТЭЛА и оказание медицинской помощи больным с ТЭЛА на догоспитальном этапе осуществляется бригадами СМП, согласно схеме доставки больных, с ТЭЛА, алгоритму действия для врачей и фельдшеров СМП в случае контакта с пациентом с подозрением на ТЭЛА.

4.4. В случае наличия у больного ТЭЛА перегрузки правых отделов на ЭКГ и гипотонию на догоспитальном этапе заполняется контрольный лист принятия решения врачебно-фельдшерской бригадой скорой медицинской помощи о проведении больному с тромболитической терапии для дальнейшей передачи дежурному врачу и внесения в медицинскую карту стационарного больного.

В случае отказа больного от тромболитической терапии заполняется добровольный информированный отказ от медицинского вмешательства.

4.5. Для отбора пациентов с ТЭЛА бригадой СМП проводится оценка клинической вероятности ТЭЛА. У заболевания нет специфичной клинической картины, поэтому следует использовать валидированные шкалы для оценки клинической вероятности ТЭЛА: индекс Wells (Уэллс) или пересмотренную шкалу Geneva.

а) наличие у больного эквивалентов стенокардии, сопровождающейся одышкой, резкая общая слабость, нестабильное АД в предшествующие 24-48 часов;

б) впервые возникшая (в предшествующие 14-21 дней) «тяжелая» одышка.

- данных электрокардиографии: Острая ТЭЛА может приводить к повышению давления и перегрузке правого желудочка (ПЖ) с развитием его дисфункции, S_iQ_{III}T_{III} – глубокий зубец S в I отведении, зубец Q и отрицательный T в III отведении, остро возникшая блокада ПНПГ.

- Экспресс-исследование уровня Д-димера в крови.

Пациенты с ТЭЛА доставляются в региональные сосудистые центры при отсутствии противопоказаний к транспортировке в РСЦ. Переводу в РСЦ из ПСО, подлежат больные для проведения пульмоангиографии и тромбэкстракции при наличии возможности их провести в РСЦ.

Во всех остальных случаях пациенты с ТЭЛА доставляются в медицинские организации согласно проживанию пациента. При транспортировке следует рассмотреть вопрос о проведении догоспитальной тромболитической терапии с последующей доставкой пациента в ближайшее, по территориальному признаку, ПСО.

Больным с ТЭЛА среднего и умеренного риска тромболитическая терапия не целесообразна. Пациенты госпитализируются профильные стационары.

5. Доступность ключевых технологий и наличие мультидисциплинарных команд для диагностики и оказания помощи пациентам с ТЭЛА различных групп риска в МО (выполнение исследования крови на Д-димер, ЭХОКГ с использованием портативного УЗИ аппарата, дуплексное сканирование вен нижних конечностей, МСКТ органов грудной клетки с контрастированием, сцинтиграфия легких, ангиопульмонография, проведение системного и селективного тромболизиса, тромбэкстракции, тромбэктомии при ТЭЛА).

Для диагностики ТЭЛА

Таблица №28

№	Наименование	Обоснованность	МО РД
1.	Д-димер	имеет высокое прогностическое значение отрицательного результата, а нормальный уровень D-димера делает острую ТЭЛА или ТГВ маловероятными. При оказании первичной медицинской помощи, определение D-димера «на месте» может иметь преимущества. Это особенно относится к отдаленным районам. С другой стороны, положительная прогностическая ценность повышенных уровней D-димера низкая для подтверждения ТЭЛА. Уровень D-димера также часто повышается у больных раком, у госпитализированных пациентов, при тяжелом инфекционном или воспалительном заболевании, а также во время беременности	Нет сложностей у МО для организации качественного (тест-полоски) и количественного определения.
2.	УЗДГ вен нижних конечностей	У пациентов, поступивших в отделение неотложной помощи с гемодинамической нестабильностью и подозрением на ТЭЛА, комбинация УЗИ вен и УЗИ сердца может дополнительно повысить специфичность. Вероятность при подозрении на ТЭЛА выше у пациентов с признаками и симптомами, связанными с венами ног.	Во всех МО имеется УЗИ оборудование. Возможно, обучить имеющегося врача-функционалиста дополнительно.
3.	ЭХО КГ портативное	Острая ТЭЛА может привести к перегрузке и дисфункции правого желудочка. Только ЭХО КГ может обнаружить и помочь в дифференциальной диагностике причины шока, обнаруживая тампонаду перикарда, острую	ЭХО кг имеется практически во всех МО.

		клапанную дисфункцию, тяжелую глобальную или региональную дисфункцию ЛЖ, расслоение аорты или гиповолемию.	
4.	МСКТ с КУ	Круглосуточная доступность в большинстве медицинских центров. Риск применения у беременных и кормящих женщин, противопоказан при тяжелой почечной недостаточности Клиническая значимость в диагностике субсегментарной ТЭЛА неизвестна	Имеются во всех ПСО и РСЦ РД
5.	Сцинтиграфия легких	Почти отсутствуют противопоказания. Относительно низкая стоимость. Непоказательна в 50% случаев. Не предполагает альтернативный диагноз в случае исключения ТЭЛА. Возможно применение беременным и с ХБП.	Не проводится в РД
6.	Ангиопульмография	Исторический золотой стандарт. Отсутствует в регионе	Не проводится в РД. Возможно, дополнительно обучить эндоваскулярного хирурга при наличии ангиографа в РСЦ.
7.	Тромболитическая терапия		Доступна на любом этапе оказании МП.
8.	Тромбоэкстракции		Не проводится в РД. Возможно, дополнительно обучить эндоваскулярного хирурга при наличии ангиографа в РСЦ.
9.	Тромбоэктомии		Не проводится в РД. Возможно,

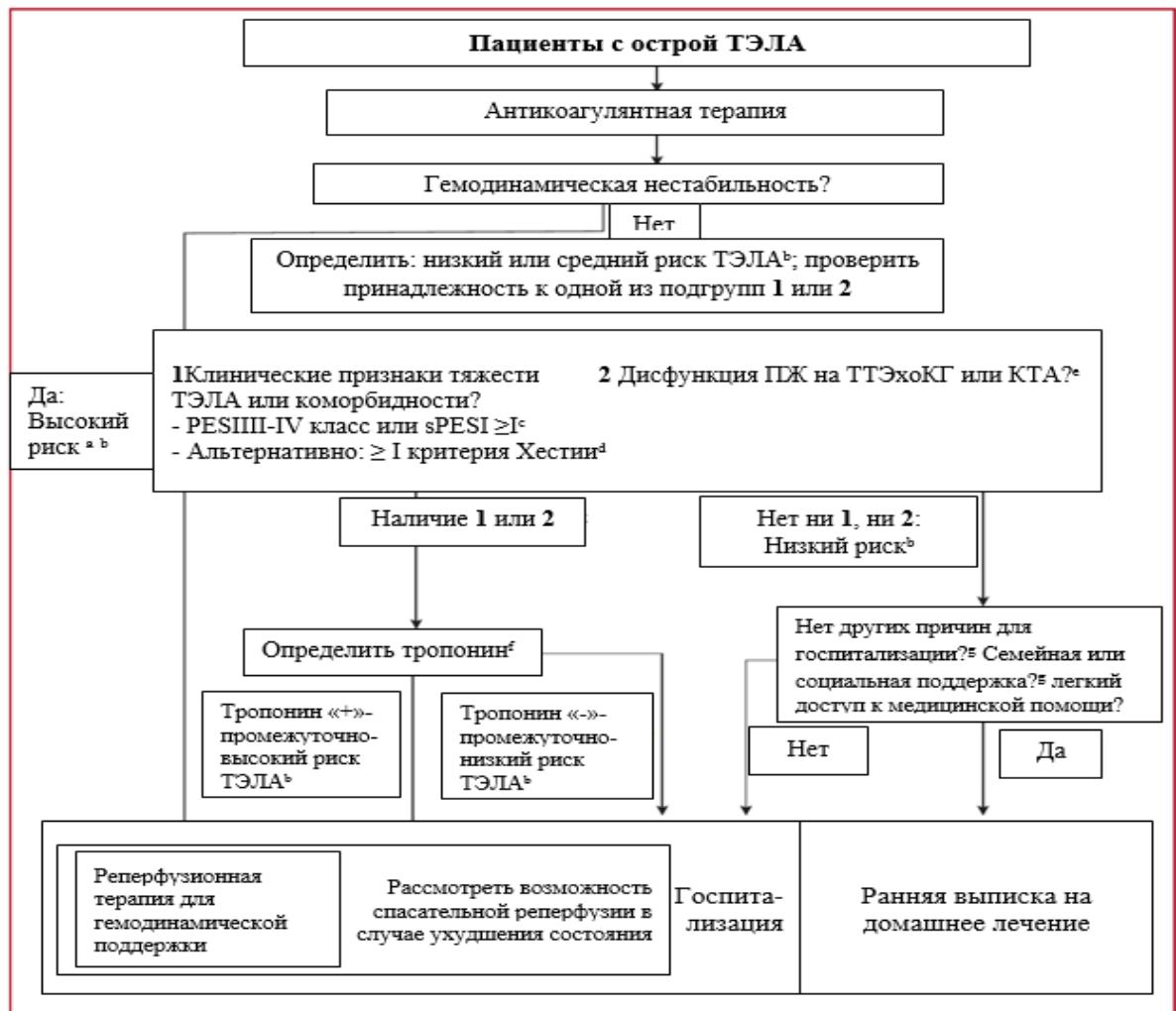
		дополнительно обучить эндоваскулярного хирурга при наличии ангиографа в РСЦ.
--	--	--

Мультидисциплинарная команда- объединяет разнопрофильных специалистов, включая, кардиологов, пульмонологов, гематологов, сосудистых хирургов, анестезиологов/реаниматологов, кардиоторакальных хирургов и специалистов по (интервенционной) радиологии. Чтобы ускорить процесс и улучшить качество принятия клинических решений группа должна собираться в режиме реального времени (лично или через веб-конференцию). Это позволит составить план лечения и способствует его немедленному выполнению. Точный состав и режим работы таких групп определяет каждое ЛПУ, работа ведется в зависимости от ресурсов и опыта лечения острой ТЭЛА, имеющихся в каждой больнице.

6. Маршруты пациентов с ТЭЛА групп высокого и промежуточно-высокого риска, промежуточного и низкого риска внутри стационаров (включая приемное отделение, отделение реанимации, операционные, профильные отделения).

Пациенты с ТЭЛА доставляются в региональные сосудистые центры при отсутствии противопоказаний к транспортировке в РСЦ и наличии в РСЦ возможность проведения пульмоангиографии и тромбэкстракции. Во всех остальных случаях пациенты с ТЭЛА доставляются в медицинские организации согласно месту жительства пациента в ближайший ПСО, где имеется МСКТ.

Схема №1



7. Перечень муниципальных образований с ограниченной (сезонной) транспортной доступностью, с указанием способов экстренной медицинской эвакуации пациентов с ТЭЛА.

Таблица №29

Труднодоступные местности	Сроки и способы экстренной медицинской эвакуации пациентов с ТЭЛА.	
1	СМП -время доезда на АСМП (0ч00мин)	Санавиация - время долета на вертолете медицинском (0ч00мин)
Агульский район	4.30	0.52
Акушинский район	2.10	0.25
Ахвахский район	3.20	0.57
Ахтынский район	4.40	1.10
Ботлихский район	3.00	0.52
Гергебильский район	2.20	0.27
Гумбетовский район	2.30	0.39

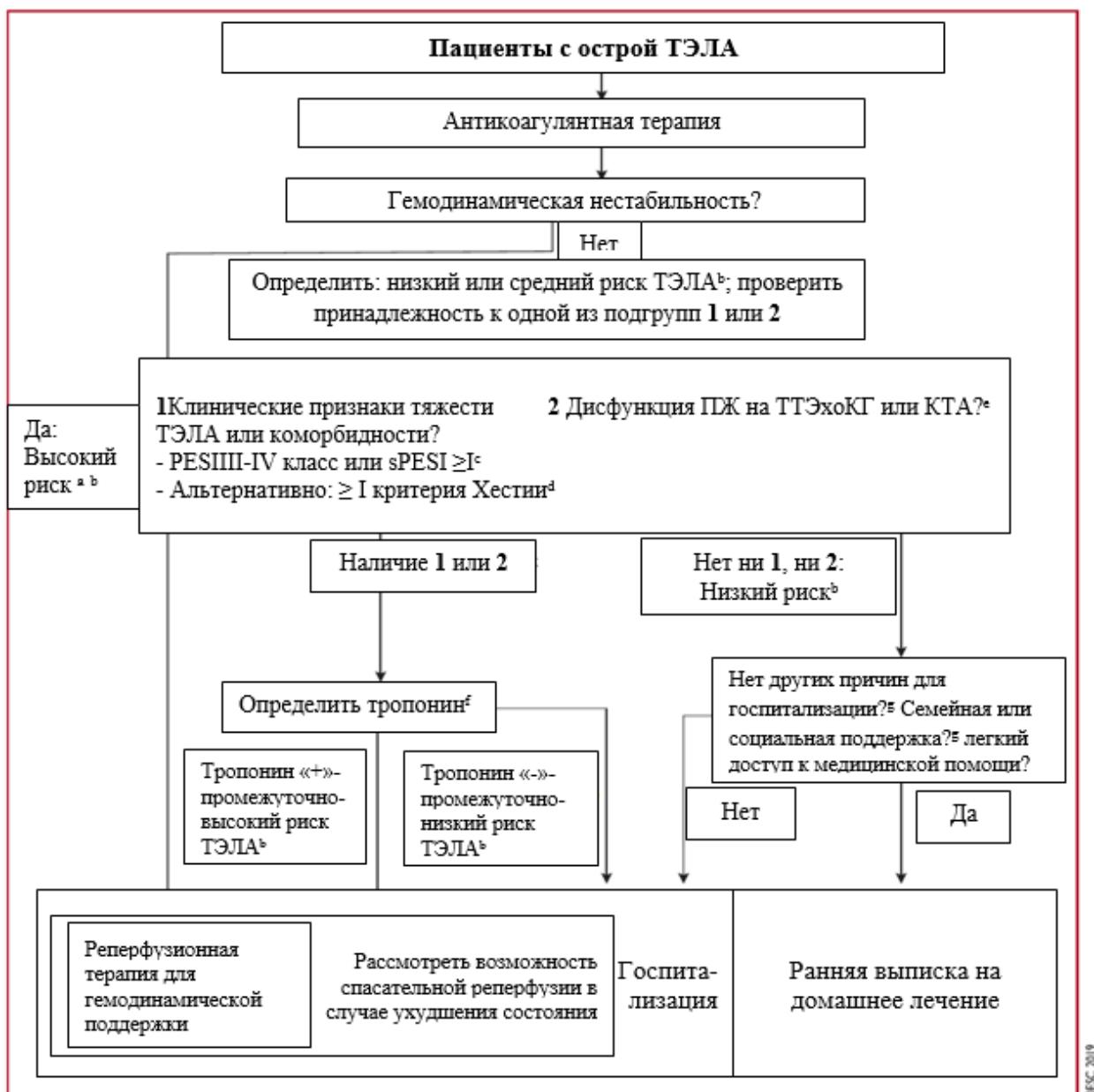
Труднодоступные местности	Сроки и способы экстренной медицинской эвакуации пациентов с ТЭЛА.	
1	СМП -время доезда на АСМП (0ч00мин)	Санавиация - время долета на вертолете медицинском (0ч00мин)
Гунибский район	2.45	0.33
Дахадаевский район	3.10	0.32
Докузпаринский район	3.50	1.10
Казбековский район	2.00	0.35
Каякентский район	1.25	0.19
Кулинский район	3.50	0.35
Курахский район	4.05	1.18
Лакский район	3.10	0.30
Левашинский район	1.40	0.19
Рутульский район	5.25	0.56
Сергокалинский район	1.25	0.18
Тляратинский район	5.00	1.05
Унцукульский район	2.00	0.20
Хивский район	4.05	1.00
Хунзахский район	3.05	0.40
Цумадинский район	3.50	0.57
Цунтинский район	6.50	1.00
Бежтинский участок Цунтинского района	5.45	0.57
Чародинский район	3.40	0.38
Шамильский район	3.35	0.39

8. Алгоритм маршрутизации и медицинской эвакуации пациентов с ТЭЛА в зависимости от клинического состояния, группы риска и места обращения за медицинской помощью.

При отсутствии на ближайшем расстоянии медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь при ТЭЛА, пациент транспортируется в ближайшую МО, имеющую в своей структуре отделение терапии, кардиологии, общей или ССХ с палатами реанимации и интенсивной терапии и отделение рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения.

9. Алгоритм действий врача при подозрении на ТЭЛА с учетом клинической вероятности, группы риска, доступного объема диагностических исследований и имеющихся возможностей оказания медицинской помощи.

Схема №2



10. Алгоритмы стратификации рисков, диагностики и оказания помощи на догоспитальном этапе.

Для оценки общего риска смерти пациента необходимо учитывать отягчающие состояния и сопутствующие патологии. Из клинических шкал, объединяющих степень тяжести ТЭЛА и сопутствующую патологию, наиболее широко подтвержденным на сегодняшний день является шкалы PESI и заключается в надежной идентификации пациентов с низким риском 30-дневной смертности в качестве основного критерия включения в группу лечения острой ТЭЛА на дому.

Дополнительная стратификация риска при ТЭЛА умеренного и низкого риска (шкала PESI- индекс тяжести легочной эмболии)

Таблица №30

Параметры	Оригинальная версия (PESI)	Упрощенная версия (sPESI)
Возраст	Возраст в годах	1 балл (если возраст > 80 л)
Мужской пол	+10 баллов	-
Рак	+30 баллов	1 балл
Хроническая сердечная недостаточность	+10 баллов	
Хроническое заболевание легких	+10 баллов	1 балл
Пульс ≥ 110 в мин	+20 баллов	1 балл
САД < 100 мм.рт.ст.	+30 баллов	1 балл
Частота дыхания > 30/мин	+20 баллов	-
Температура < 36°C	+20 баллов	-
Изменение психического состояния	+60 баллов	-
Насыщение артериальной крови кислородом (сатурация кислорода -SaO ₂) < 90%	+20 баллов	1 балл
Стратификация риска (а)		
	Класс I: ≤ 65 баллов Очень низкий 30-дневный риск смертности (0-1,6%); Класс II: ≤ 66-85 баллов Низкий риск смертности (1,7- 3,5%) Класс III: 86-105 баллов умеренный риск смертности (3,2- 7,1%) Класс IV- 106-125 баллов Высокий	0 баллов = 30-ти дневный риск смертности 1% (95% ДИ 0,0%-2,1%) ≥1 балла(ов) = 30-ти дневный риск смертности 10,9% (95% ДИ 8,5%-13,2%)

риск смертности (4,0-11,4%) Класс – V>125баллов Очень высокий риск смертности (10-24,5%)
--

ДИ - доверительный интервал
 (а) –основывается на сумме баллов

Диагностические критерии

Жалобы и анамнез:

Жалобы при ТЭЛА неспецифичны. Необходимо заподозрить ТЭЛА в большинстве случаев при появлении следующих жалоб:

Одышка от легкой преходящей при периферической до тяжелой при центральной ТЭЛА. У пациентов с существовавшей ранее СН или заболеваниями легких усиление одышки может быть единственным симптомом, указывающим на ТЭЛА;

- боль в груди обычно вызывается раздражением плевры из-за дистальной эмболии, вызывающей инфаркт легкого. При центральной ТЭЛА боль в груди может иметь типичный характер стенокардии, возможно, отражать ишемию ПЖ и требует дифференциальной диагностики от ОКС или расслоения аорты;

- предсикопе или обморок - при гемодинамической нестабильности, дисфункции ПЖ.

- кровохарканье.

В некоторых случаях ТЭЛА может развиваться бессимптомно и обнаруживаться случайно во время диагностического обследования другого заболевания.

При сборе анамнеза при подозрении на ТЭЛА необходимо оценить наличие факторов риска ТЭЛА.

Предрасполагающие факторы венозной тромбоэмболии

Таблица №31

Факторы высокого риска (ОШ ≥10)	Факторы умеренного риска (ОШ 2- 9)	Факторы низкого риска (ОШ <2)
--	---	---

1.	Перелом нижней конечности	1. Артроскопическая операция на колене
2.	Госпитализация по поводу СН или ФП/ТП (в течение предыдущих 3 месяцев)	2. Аутоиммунные заболевания
3.	Протезированье бедра или колена	3. Переливание крови
4.	Тяжелая травма	4. Центральные венозные катетеры
5.	Инфаркт миокарда (в течение предыдущих 3 месяцев)	5. Внутривенные катетеры и порт для проведения химиотерапии
6.	Предыдущий эпизод венозной тромбоэмболии	6. СН или ДН
7.	Повреждение спинного мозга	7. Эритропоэз-стимулирующие агенты
		8. Заместительная гормональная терапия (зависит от состава)
		9. ЭКО
		Оральная контрацептивная терапия
		Послеродовой период
		Инфекция (пневмония, инфекция мочевыводящих путей и ВИЧ)
		Воспалительное заболевание кишечника
		Онкология (самый высокий риск при метастазировании)
		Паралитический инсульт
		Тромбоз поверхностных вен
		Тромбофилия
		1. Постельный режим > 3х дней
		2. Сахарный диабет
		3. АГ
		4. Неподвижность из-за сидения (например, длительное путешествие на автомобиле или самолете)
		5. Пожилой возраст
		6. Лапароскопическая хирургия (например, холецистэктомия)
		7. Тучность
		8. Беременность
		9. Варикозное расширение вен

Физикальное обследование:

Необходима оценка стандартных физикальных данных, включающих, в том числе осмотр, оценку ЧД, ЧСС, АД по результатам, которых можно выявить признаки гемодинамической нестабильности (гипотензия, признаки периферической гипоперфузии и др.). Нестабильные показатели гемодинамических параметров и/или симптомы гипоперфузии могут свидетельствовать о ТЭЛА высокого риска (таблица 3). Необходим тщательный осмотр нижних конечностей (болезненность, отечность). По выявленным жалобам, данным анамнеза и результатам физикального обследования необходима оценка клинической вероятности ТЭЛА промежуточного и низкого рисков (таблица 7,8). Данная

оценка позволяет избежать излишних исследований у пациентов с низкой вероятностью ТЭЛА.

11. Алгоритмы стратификации вероятности ТЭЛА, группы риска, диагностики и верификации диагноза в стационаре и 12. Алгоритм оказания медицинской помощи в стационаре с учетом группы риска, необходимости проведения реперфузионной терапии и имеющихся возможностей использования тех или иных диагностических (например, доступность сцинтиграфии легких) и лечебных (например, селективный тромболизис или тромбэкстракция) вмешательств в МО.

Классификация тяжести легочной эмболии и риска ранней (госпитальной или 30-дневной) смерти

Таблица №32

		Индикаторы риска			
Ранний риск смерти		Гемодинамическая нестабильность ^a	Клинические параметры тяжести ТЭЛА и/или сопутствующей патологии: PESI класс III – V или sPESI ≥ 1	Дисфункция ПЖ по данным ТТЭхоКГ или КТА ^b	Повышенный уровень сердечного тропонина ^c
Высокий		+	(+) ^d	+	(+)
Промежуточный	Высокий	-	+ ^e	+	+
	Низкий	-	+ ^e	Один (или ни одного) положительный	
Низкий		-	-	-	Оценка необязательна; если оценивается, то результат отрицательный

а -одно из следующих проявлений: остановка сердца, обструктивный шок (САД <90 мм рт. ст. или использование вазопрессоров для достижения АД ≥ 90 мм рт. ст., несмотря на восполнение объема в сочетании с периферической гипоперфузией) или стойкая гипотония (САД <90 мм рт. ст. или падение

САД \geq 40 мм рт. ст. в течение >15 мин, не вызванное впервые возникшей аритмией, гиповолемией или сепсисом).

б -прогностически значимые данные визуализации (ТТЭхоКГ или КТА) у пациентов с острой ТЭЛА (критерии ТЭЛА при ТТЭхоКГ представлены в приложении 1 данного протокола).

с - повышение других лабораторных биомаркеров, таких как NT-proBNP \geq 600 пг/мл.

д – гемодинамическая нестабильность в сочетании с подтвержденной ТЭЛА на КТА и/или доказанной дисфункцией ПЖ на ТТЭхоКГ достаточна для классификации пациента в категорию ТЭЛА высокого риска. В этих случаях не требуется ни расчета PESI, ни измерения тропонинов или других биомаркеров.

е -могут присутствовать признаки дисфункции ПЖ на ТТЭхоКГ (или КТА) или повышенные уровни биомаркеров сердца, несмотря на то, что рассчитанный PESI равен I-II классу или sPESI - 0 баллов. Эти пациенты должны быть классифицированы в категорию промежуточного риска.

Оценка клинической вероятности ТЭЛА по модифицированной Женевской шкале

Таблица №33

Фактор	Баллы	
	Оригинальная версия	Упрощенная версия
ТЭЛА или ТГВ в анамнезе	3	1
ЧСС:		
75–94 в минуту	3	1
≥ 95 в минуту	5	2
Хирургическое вмешательство или перелом в течение последнего месяца	2	1
Кровохарканье	2	1
Рак в активной стадии	2	1
Односторонняя боль в нижней конечности	3	1
Боль при пальпации и односторонний отек нижней конечности	4	1
Возраст > 65 лет	1	1
Клиническая вероятность		

По 3-уровневой шкале:		
Низкая	0–3	0–1
Средняя	4–10	2–4
Высокая	≥ 11	≥ 5
По 2-уровневой шкале:		
ТЭЛА маловероятна	0–5	0–2
ТЭЛА вероятна	≥ 6	≥ 3

Оценка клинической вероятности ТЭЛА по шкале Wells

Фактор	Баллы	
	Оригинальная версия	Упрощенная версия
ТЭЛА или ТГВ в анамнезе	1,5	1
ЧСС ≥ 100 в минуту	1,5	1
Хирургическое вмешательство или иммобилизация в течение последнего месяца	1,5	1
Кровохарканье	1	1
Клинические признаки ТГВ	3	1
Альтернативный диагноз менее вероятен, чем ТЭЛА	3	1
Клиническая вероятность		
По 3-уровневой шкале:		
Низкая	0–1	-
Средняя	2–6	-
Высокая	≥ 7	-
По 2-уровневой шкале:		
ТЭЛА маловероятна	0–4	0–1
ТЭЛА вероятна	≥ 5	≥ 2

Лабораторные исследования:

- **ОАК** для оценки индикаторов желудочно-кишечного кровотечения и выбора антикоагулянтной терапии;
- **биохимические показатели крови** – стандартная панель (электролиты, глюкоза), а также креатинин с расчетом СКФ, общий билирубин, АЛТ, АСТ для оценки индикаторов желудочно-кишечного кровотечения и выбора антикоагулянтной терапии;
- **D-димер** рекомендуется измерять пациентам с **низкой или средней клинической вероятностью ТЭЛА** с использованием высокочувствительного анализа, чтобы уменьшить потребность в ненужных процедурах и не подвергать пациентов облучению (IA). Уровень D-димера для исключения ТЭЛА у лиц старше 50 лет при низкой и средней клинической вероятности определяется по формуле «возраст x 10» мкг/л. Оценка D-димера проводится также с учетом клинической вероятности. Если нет ни одного клинического признака ТЭЛА и D-димер <1000 мкг/л - ТЭЛА исключается. Если есть хотя бы 1 симптом, ТЭЛА устанавливается при уровне D-димера ≥ 500 мкг/л. (Шв);
Определение уровня D-димера не рекомендуется проводить у пациентов с высокой клинической вероятностью, т.к. даже нормальный уровень D-димера не должен исключать ТЭЛА несмотря на использование высокочувствительных тестов определения D-димера (IIIА)
- **Тропонин I или T** в плазме необходим для верификации пациентов высокого и промежуточного риска, в т.ч. при использовании ускоренного риска стратификатора.
- **NT-proBNP** в плазме крови отражает тяжесть дисфункции ПЖ и гемодинамическую нестабильность в остром периоде ТЭЛА. Для прогнозирования неблагоприятного исхода ТЭЛА пороговые значения NT-proBNP ≥ 600 пг/мл.
- **Лактат в плазме** – маркер тяжелой ТЭЛА и гемодинамической нестабильности. Повышенные уровни лактата в плазме ≥ 2 ммоль/л предсказывают тромбоэмбolicкие осложнения даже у пациентов с нормотензией.
- **Определение газового состава крови** – для первоначальной и динамической оценки тяжести дыхательной недостаточности у гемодинамически нестабильных пациентов.
- **Тестирование натромбофилию** (расширенная коагулограмма, антифосфолипидные антитела и волчаночный антикоагулянт) при клинике ТЭЛА у пациентов в возрасте <50 лет при отсутствии идентифицируемого фактора риска, при наличии семейного анамнеза ВТЭ (исключение наследственной тромбофилии - дефицит антитромбина, белка C или белка S, пациенты с гомозиготным фактором V Лейдена или мутацией гомозиготного протромбина G20210A).

Инструментальные исследования:

Электрокардиография (признаки перегрузки правых отделов сердца) -классическими признаками ТЭЛА на ЭКГ являются – SI, QIII и TIII (синдром McGinn - White), внезапная блокада правой ножки пучка Гисса (полная, неполнная), P - pulmonale, правограмма, элевация ST (III, aVF, aVR и V1 - V3);

- **Рентгенография органов грудной клетки** – при отсутствии возможности проведения КТА, однако отрицательный результат не исключает ТЭЛА, возможно выявление других причин одышки;

- **КТА.** Диагноз исключается, если КТА в норме у пациентов с низкой или средней клинической вероятностью ТЭЛА (IA). Рекомендуется принять диагноз ТЭЛА (без дальнейшего тестирования), если КТА показывает сегментарный или более проксимальный дефект заполнения у пациента со средней или высокой клинической вероятностью ТЭЛА (IB);

- **Прикроватная трансторакальная эхокардиография** при подозрении на ТЭЛА высокого риска с гемодинамической нестабильностью (УД – IC). В связи с отсутствием единого эхокардиографического параметра, который бы обеспечивал быструю и надежную информацию о размере или функции ПЖ, необходимо придерживаться рекомендаций исследования всех параметров.

- **Чреспищеводная эхокардиография** может быть рассмотрена при отсутствии возможности проведения МСКТ для визуализации тромбов стволе и основных ветвях легочных артерий.

- **Пульсоксиметрия** для определения SaO₂;
- **Компрессионная ультрасонография сосудов нижних конечностей** (четырехточечное обследование - двусторонний пах и подколенная ямка).

Полезна в диагностической стратегии пациентов с противопоказаниями к КТ. Диагноз ТЭЛА подтверждается, если выявляется проксимальный ТГВ у пациентов с клиническим подозрением на легочную эмболию (УД – IA). Единственным диагностическим критерием для ТГВ является неполнная спадаемость вены, указывающая на наличие тромба. Если на КУС определяется дистальный ТГВ рекомендовано дальнейшее дообследование пациента (УД – ПаВ) (компрессия вен через каждые 2 см; в зоне с симптомами необходимо исключить наличие тромбоза поверхностных вен; в случае сомнительных данных на КУС необходимо повторить исследование в период от 3-7 до 10 дней для выявления каких-либо острых изменений, которые свидетельствуют о раннем рецидиве ТГВ).

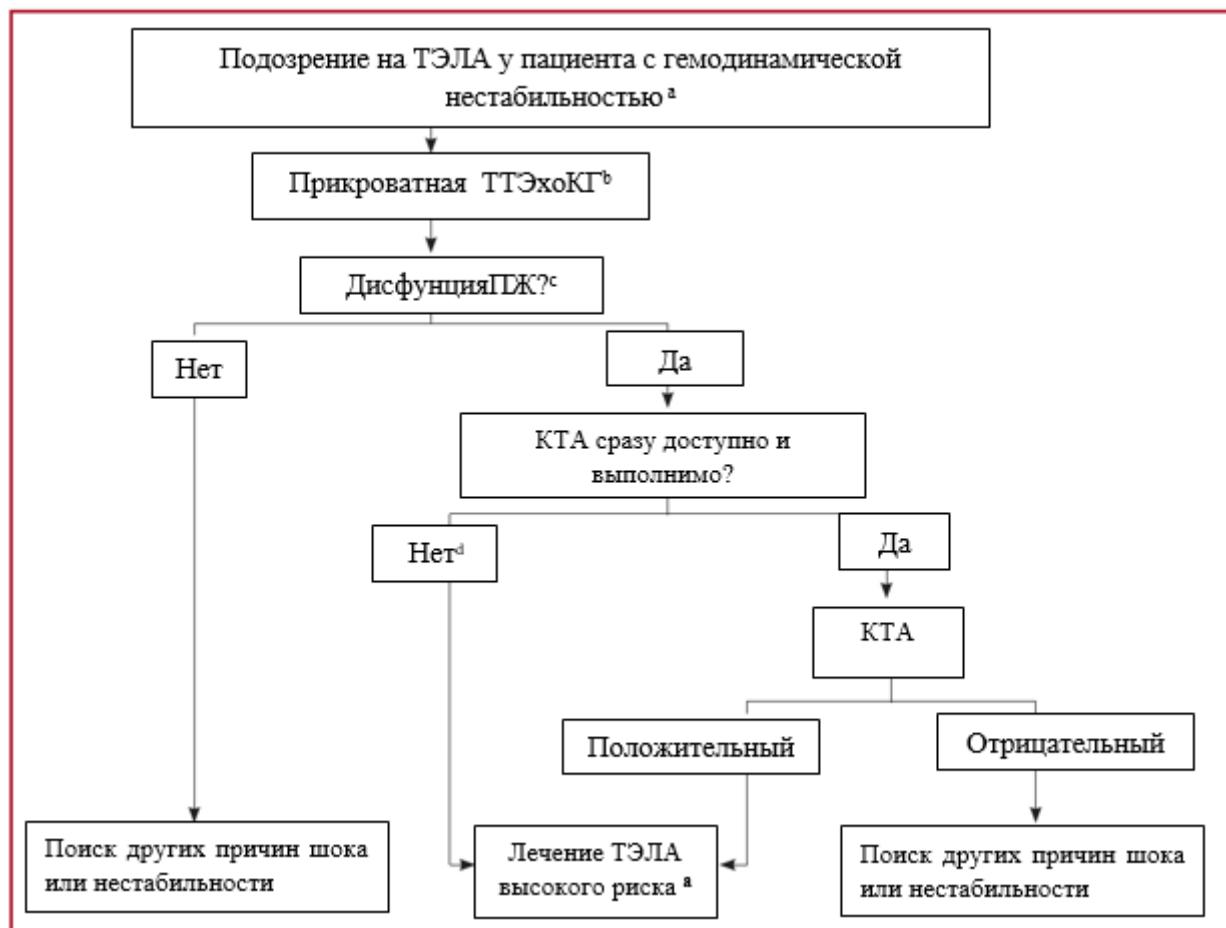
Вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия легких – может проводится при низкой клинической вероятности ТЭЛА при нормальной рентгенографии органов грудной клетки у молодых (особенно женщины), беременные, пациенты с анафилаксией, вызванной контрастным веществом в

анамнезе, пациенты с тяжелой почечной недостаточностью; диагноз ТЭЛА снимается (без дальнейшего обследования), если сцинтиграфия легких в норме (УД – IA).

Показания для консультации специалистов:

- консультация ангиохирурга – во всех случаях подозрения на ТЭЛА;
- консультация кардиохирурга – признаки наличия тромба в полостях сердца, патология клапанов сердца;
- консультация интервенционного кардиолога - диагностика для проведения ангиопульмографии;
- консультация пульмонолога – дифференциальная диагностика;
- консультация онколога – при наличии симптомов онкопатологии;
- консультация эндокринолога - симптомы эндокринных заболеваний.
- консультация гематолога - дифференциальная диагностика тромбофилий.
- консультация ревматолога –дифференциальная диагностика в рамках системных заболеваний.

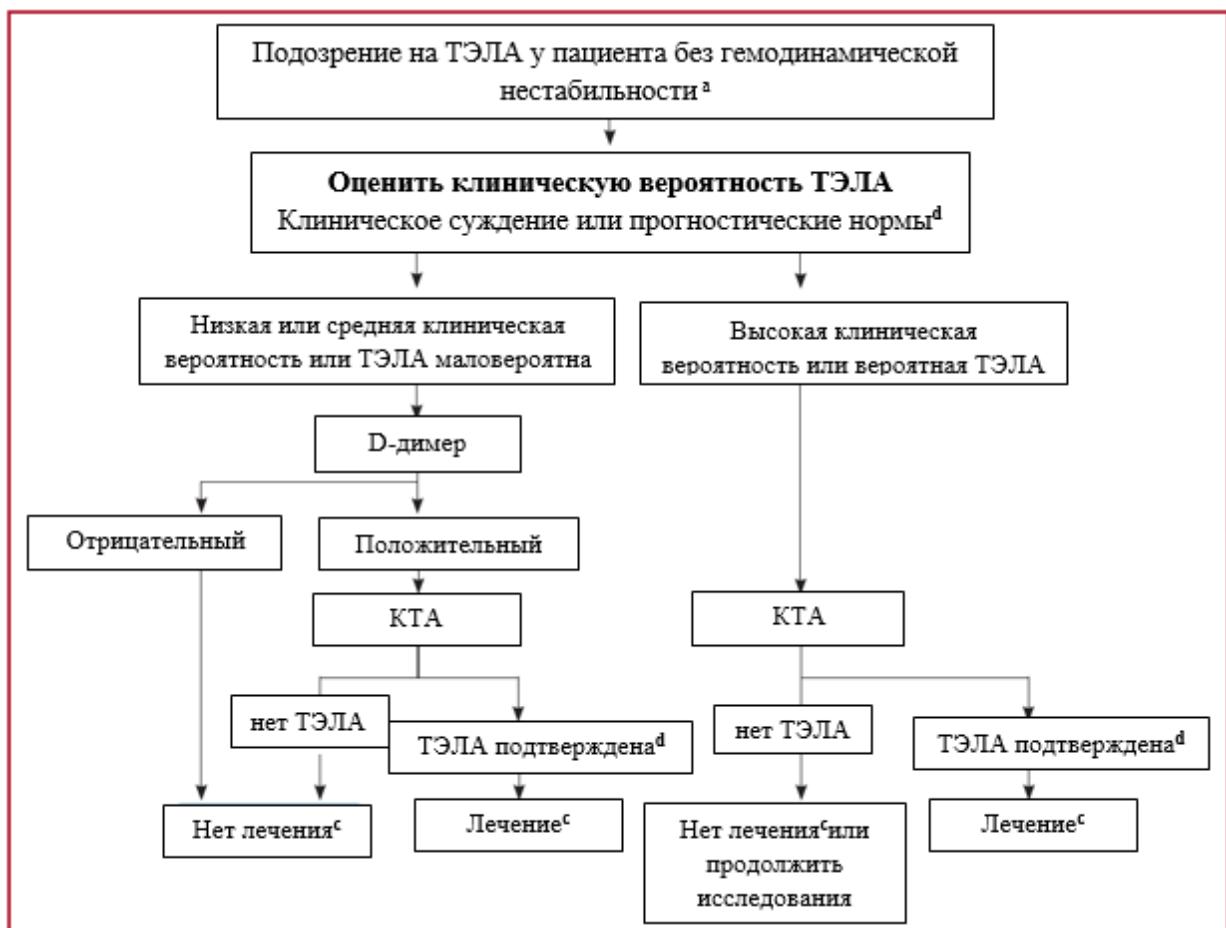
Схема №3



Диагностический алгоритм для пациентов с подозрением на ТЭЛА высокого риска с гемодинамической нестабильностью
 а - смотри таблицу 3 для определения гемодинамической нестабильности и ТЭЛА высокого риска.

б - вспомогательные тесты у постели больного могут включать в себя ЧП-ЭхоКГ (при сохранении клинических проявлений ТЭЛА и плохой визуализации методом ТТЭхоКГ рекомендуется проводить ЧПЭхоКГ), которая может обнаружить эмболию в легочной артерии и ее основных ветвях; и двустороннюю венозную компрессионнуюультрасонографию, которая может подтвердить тромбоз глубоких вен, и следовательно венозную эмболию.
 с-в экстренной ситуации при подозрении на ТЭЛА высокого риска соотношение диаметров ПЖ / ЛЖ $> 1,0$ является главным критерием; эхокардиографические признаки дисфункции ПЖ в соответствующих позициях графически представлены в приложении 1.
 д - включает случаи, когда состояние пациента является настолько критическим, что допускаются диагностические тесты только у постели больного. В таких случаях эхокардиографические данные о дисфункции ПЖ подтверждают наличие ТЭЛА высокого риска и рекомендуется экстренная реперфузионная терапия.

Схема №4



Алгоритм диагностики для пациентов с подозрением на легочную эмболию без гемодинамической нестабильности

а- стратегия для беременных женщин с подозрением на острую ТЭЛА обсуждается в отдельном протоколе

б - для оценки клинической вероятности могут использоваться две альтернативные схемы классификации, т. е. трехуровневая схема (клиническая вероятность определяется как низкая, промежуточная или высокая) или двухуровневая схема (маловероятная или вероятная ТЭЛА). При использовании умеренно чувствительных проб, измерение D-димера должно быть ограничено у пациентов с низкой клинической вероятностью или маловероятной для ТЭЛА; в то время как высокочувствительные пробы могут использоваться у пациентов с промежуточной клинической вероятностью ТЭЛА. Обратите внимание, что измерение D-димера в плазме имеет ограниченное применение при подозрении на ТЭЛА, возникающую у госпитализированных пациентов.

с- лечение относится к антикоагулянтному лечению ТЭЛА.

д- данные КТА будут считаться диагностически значимыми при ТЭЛА, если она показывает ТЭЛА на сегментарном или более проксимальном уровне.

е- в случае отрицательных результатов КТА у пациентов с высокой клинической вероятностью, может быть рассмотрено исследование с помощью дополнительных визуализирующих тестов, прежде чем отказываться от специфического лечения ТЭЛА.

Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований

Таблица №35

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Пневмония	• Одышка	1. Оценка вероятности ТЭЛА 2. ЭКГ-характерные признаки ТЭЛА 3. Наличие характерных признаков ТЭЛА 4. ТТЭхоКГ -наличие тромбов в правых отделах сердца или стволе и ветвях ЛА 5. К-УЗИ вен н/к 6. КТА 7. Д-димер, Тропонин	1. Высокая вероятность ТЭЛА 2. ЭКГ-характерные признаки ТЭЛА 3. Наличие характерных признаков ТЭЛА 4. ТТЭхоКГ -наличие тромбов в правых отделах сердца или стволе и ветвях ЛА 5. Признаки тромбоза вен нижних конечностей 6. КТА -МДКТ 7. Д-димер, Тропонин

Инфаркт миокарда	<p>1. Внезапная нарастающая одышка, напоминающая астматический вариант ОИМ 2. Болевой синдром в грудной клетке, напоминающий клинику ОИМ с инфарктоподобными изменениями на ЭКГ по типу QIII и S I</p>	<p>1. Оценка вероятности ТЭЛА согласно шкалам Wells и Genova 2. ЭКГ 3. Рентген легких 4. ТТЭхоКГ 5. К-УЗИ вен н/к 6. КТА 7. Д-димер, Тропонин</p>	<p>1. Высокая вероятность ТЭЛА согласно шкалам Wells и Genova 2. Отсутствие характерных для ОИМ изменений на ЭКГ 3. Наличие специфических признаков ТЭЛА при рентгенологическом исследовании 4. ТТЭхоКГ-наличие тромбов в правых отделах сердца или стволе и ветвях ЛА 5. Признаки тромбоза вен нижних конечностей 6. КТА -тромбозы коронарных артерий</p>
Кардиогенный отек легких	<ul style="list-style-type: none"> • Одышка 	<ul style="list-style-type: none"> • УЗИ легких 	<p>Отсутствие характерных ультразвуковых признаков отека легких</p>
Спонтанный пневмоторакс	<ul style="list-style-type: none"> • Одышка • Боль в груди 	<ul style="list-style-type: none"> • УЗИ легких 	<p>Отсутствие характерных ультразвуковых признаков спонтанного пневмоторакса</p>
Расслоение аорты	<ul style="list-style-type: none"> • Боль в груди 	<ul style="list-style-type: none"> • ТТЭхоКГ • ЧП-ЭхоКГ • Аортография 	<p>Отсутствие характерных признаков диссекции</p>

Шкала предварительной стратификации риска

Таблица №36

Шкала Вова		Шкала FAST	
Параметр	Баллы	Параметр	Баллы
Повышение сердечных тропонинов	2	Белок сердечного типа, связывающий жирные кислоты	1,5

	Дисфункция ПЖ (ТТЭхоКГ или КТА)	2	синкопе	1,5
	ЧСС ≥ 110 в мин	1	ЧСС ≥ 100 в мин	2
	Систолическое АД 90-100 мм.рт.ст	2		
Класс риска				
Низкий риск	0-2 балла	≤ 4 баллов	< 3 баллов	
Средне-низкий риск	3-4 балла			
Средне-высокий риск	> 4 баллов	> 4 баллов	≥ 3 баллов	

Модель предсказания объема кровотечения

Таблица №37

Модель предсказания	Параметры	Баллы	Категория риска кровотечения	Валидированный статус
OBRI ^a	Возраст ≥ 65 лет	1		
	Инсульт в анамнезе	1		
	Кровотечение из ЖКТ	1	0: низкий 1-2: средний 3-4: высокий	
	Недавний ИМ, почечная недостаточность, диабет или анемия	1		Валидация показала умеренную точность в когорте пациентов, принимающих анагонисты витамина К
Kuijjer	Возраст ≥ 60 лет	1,6	0: низкий	
	Женский пол	1,3	1-3: средний	
	Злокачественные образования	2,2	> 3	
RIETE ^b	Возраст > 75 лет	1		
	Недавнее кровотечение	2	0: низкий	Нет данных
	Рак	1	1-4: средний	пациентов, принимающих НОАК
	Креатинин $> 1,2$ мг/дл	1,5		
	Анемия	1,5		
	ТЭЛА или ТГВ	1		
HAS-BLED ^c	Бесконтрольная гипертензия	1	0-2: низкий ≥ 3 : высокий	

	Дисфункция печени/почек	1		
	Инсульт	1		
	Кровотечение в анамнезе или предрасположенность к нему	1		
	Лабильный МНО (время терапевтическом диапазоне <60%)	1		
	Возраст >65 лет	1		
	Сопутствующие препараты или алкоголь	1		
VTE-BLEED ^d	Активный рак	1,5	0-1: низкий ≥2: высокий	Валидация последующих анализов в РКИ, где тестировались НОАК против антагонистов витамина К после терапии НМГ
	Мужчины с беспротрольной гипертензией	2		
	Анемия	1		
	Кровотечение в анамнезе	1,5		
	Возраст ≥ 60 лет	1,5		
	Почечная дисфункция (клиренс креатинина 30-60 мл/мин)	1,5		

а – индекс кровотечения амбулаторных пациентов;

б -компьютеризированный реестр венозных тромбоэмболических заболеваний;

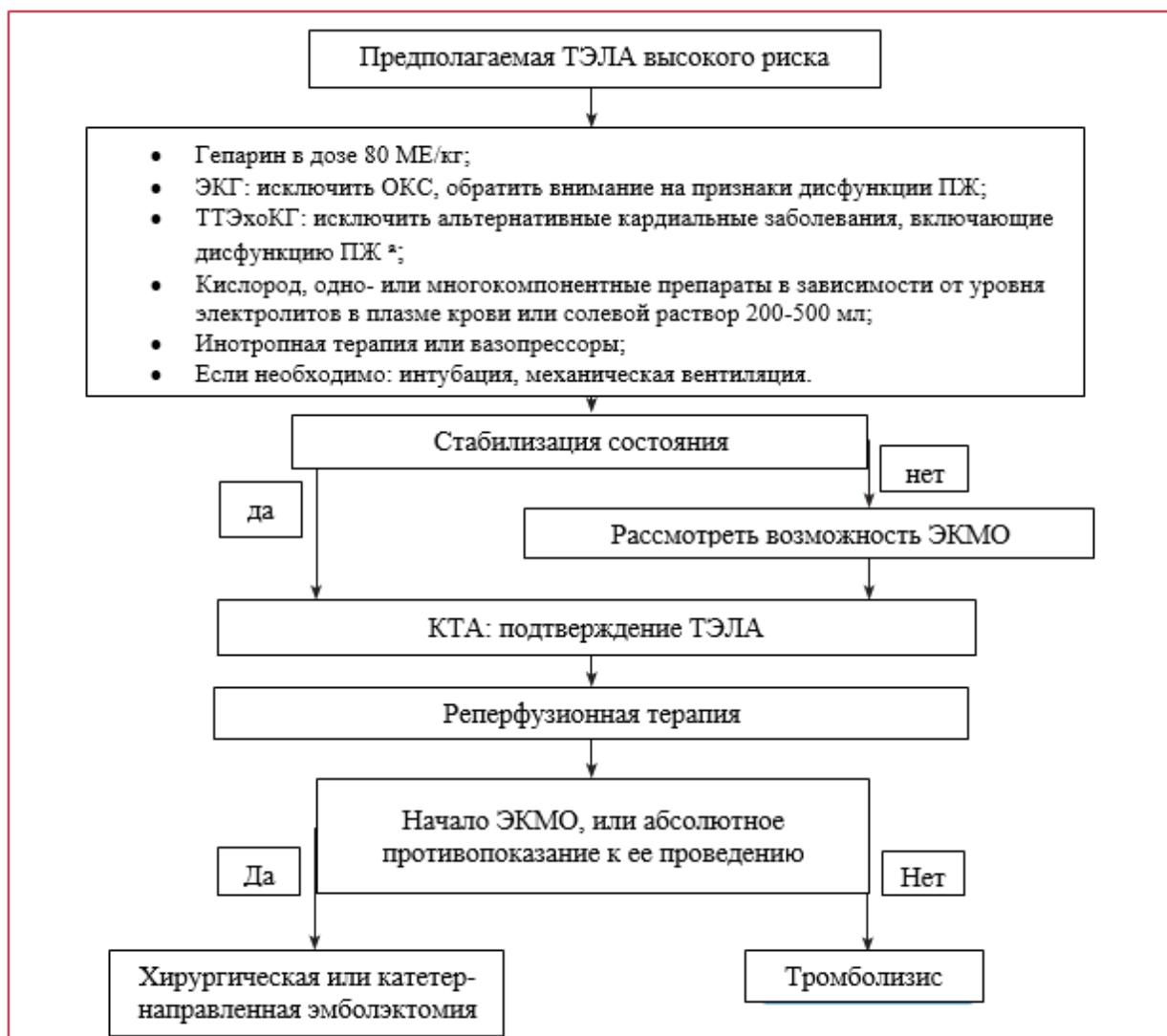
с – гипертензия, дисфункция печени/почек, инсульт, кровотечение в анамнезе или предрасположенность к нему, лабильный МНО, возраст >65 лет, сопутствующие препараты или алкоголь

д - активный рак, мужчины с беспротрольной гипертензией, анемия, кровотечение в анамнезе, возраст ≥ 60 лет, почечная дисфункция (клиренс креатинина 30-60 мл/мин)

Алгоритм оказания помощи в стационаре

Неотложная помощь пациентам с подозрением ТЭЛА высокого риска

Схема №5



Медикаментозное лечение острой правожелудочковой недостаточности

Таблица №38

Стратегия использования возникновения	Свойство и Вероятность нежелательных последствий
Инфузионная терапия	
С осторожностью начинать введение физиологического раствора или одно- или многокомпонентные препараты ≤ 500 мл в течении 15-30 мин	Применимо у пациентов нормально – низким центральным венозным давлением (например, из-за

	сопутствующей гиповолемии)	
Вазопрессоры и инотропные препараты		
Норэpineфрин, 1 мг/кг/мин ^a	0.2– Увеличивает инотропный эффект ПЖ и повышает системное АД, способствует улучшению межжелудочкового взаимодействия, восстанавливает коронарный перфузационный градиент	Чрезмерная вазоконстрикция может ухудшить тканевую перфузию
Добутамин, 2-20 мг/кг/мин	Увеличивает инотропный эффект ПЖ, снижает давление наполнения	Использование без вазопрессоров может усугубить артериальную гипотензию; может вызвать или усугубить аритмию
Механическая поддержка кровообращения		
Вено-артериальная ЭКМО/экстракорпоральная поддержка жизнеобеспечения	Быстрая краткосрочная поддержка сочетании оксигенатором	Развитие осложнений при использовании в течение длительных периодов (> 5 - 10 дней), включая кровотечение и инфекции; нет клинической пользы, если не сочетается с хирургической эмболэктомией; осуществляется опытной командой врачей

^a – эпинефрин используется при остановке сердца

Парентеральная антикоагулянтная терапия.

- У пациентов с **высокой** клинической вероятностью развития ТЭЛА антикоагулянтная терапия должна начаться незамедлительно с НФГ, включая болясное введение с поправкой на вес (УД – IC).

Режим дозирования гепарина у пациентов с высокой клинической вероятностью развития ТЭЛА

Таблица №39

АЧТВ	Дозирование
<35с (<1,2*контроль)	80 МЕ/кг болясно, увеличение в инфузии на 4 МЕ/кг/ч
35-45с (1,2-1,5*контроль)	40 МЕ/кг болясно, увеличение в инфузии на 2 МЕ/кг/ч
46-70с (1,5-2,3*контроль)	Не меняется
71-90с (2,3-3,0*контроль)	Уменьшение в инфузии на 2 МЕ/кг/ч
>90с (>3,0*контроль)	Остановить инфузию на 1 час, затем снизить в инфузии на 3 МЕ/кг/ч

- Для пациентов **умеренного и низкого риска**- НМГ- IA, фондапаринукс - IA, HOAK: апиксабан- IA, дабигатран- IA, эдоксабан - IA или ривароксабан - IA, антагонист витамина K - IA с целевым уровнем МНО (2,0 – 3,0).

Антикоагулянтная терапия при ТЭЛА у пациентов умеренного и низкого риска

Таблица №40

Препараты	Разовая доза	Интервал. Длительность применения
Гепарин	в зависимости от риска тромбоза обычно вводят 5000 МЕ гепарина или 7500 МЕ (под контролем АЧТВ)	Каждые 8-12 часов (5000 МЕ) 12 ч (7500 МЕ)
НМГ (эноксапарин)	Пациентам без осложнений	1,5 мг/кг – 1 раз в сутки

	низким риском рецидива венозной тромбоэмболии 150 МЕ/кг (1.5 мг/кг); остальная категория пациентов, а также пациенты с ожирением, с симптоматической ТЭЛА, злокачественным новообразованием, рецидивирующей венозной тромбоэмболией или проксимальным тромбозом (тромбозом подвздошной вены) 100 МЕ/кг (1 мг/кг).	1 мг/кг – 2 раза в сутки Не более 10 дней
Фондапаринукс	5 мг (масса тела не более 50 кг) 7,5 мг (масса тела 50-100 кг) 10 мг (масса тела более 100 кг)	1 раз в сутки Не менее 5 дней
Надропарин кальция	Подкожно. 0,1 мл/10 кг	Каждые 12 часов не более 10 дней.
НОАК		
Апиксабан	10мг и 5 мг	10 мг два раза в сутки в течение 7 дней, затем 5 мг один раз в сутки Продолжительность терапии подбирается индивидуально, но не менее 3 месяцев.
Дабигатран	150 мг, у больных > 80 лет или при сопутствующем лечении	2 раза в сутки Продолжительность терапии подбирается индивидуально.

	верапамилом 110 мг приблизительно после 10 дней лечения НМГ или Фондаринуксом	
Эдоксабан	60 мг в сутки; 30 мг в сутки если клиренс креатинина 30-50 мл/мин или вес < 60 кг	1 раз в сутки. Длительность применения подбирается индивидуально, но не менее 3 месяцев.
Ривароксабан	15 мг в течение 3 недель с переходом на 20 мг	15 мг 2 раза в сутки в течение 3 недель, затем по 20 мг 1 раз в сутки. Длительность применения подбирается индивидуально, но не менее 3 месяцев.
Варфарин (антагонист витамина K)	В комбинации с НМГ или фондапаринуксом	1 раз в сутки под контролем МНО (≥ 2.0). Длительность применения подбирается индивидуально.

Системная тромболитическая терапия.

Всем пациентам с **высоким** риском развития ТЭЛА показано проведение системного тромболизиса (УД – IV).

- При ухудшении гемодинамики всем пациентам со **средним и низким** риском развития ТЭЛА рекомендуется экстренная тромболитическая терапия (УД – IV).

Тромболитические схемы, дозы и противопоказания

Таблица №41

Препарат	Режим дозирования	Противопоказания к фибринолизу
Альтеплаза	100 мг в течение 2-х часов, в/в капельно 0,6 мг/кг в течение 15 минут (максимальная доза 50 мг) ^a	Абсолютные Анамнез геморрагического инсульта или инсульта неизвестной этиологии
Стрептокиназа	250 000 МЕ как нагрузочная доза в течение 30 минут, затем 100 000 МЕ/ч в течение 12-24 ч, в/в	

	Ускоренный режим: 1,5 млн МЕ в течении 2 ч	Ишемический инсульт в предыдущие 6 месяцев Новообразование центральной нервной системы Серьезная травма, операция или травма головы в предыдущие 3 недели Кровоточащий диатез Активное кровотечение Относительные Транзиторная ишемическая атака в предыдущие 6 месяцев Пероральная антикоагуляция Беременность или первая послеродовая неделя Невозможность компрессии места прокола Травматичная реанимация Резистентная гипертензия (системическое АД > 180 мм.рт. ст.) Прогрессирующее заболевание печени Инфекционный эндокардит Активная язвенная болезнь
Урокиназа	Внутривенно. Начальная доза урокиназы составляет 2000-4400 МЕ урокиназы/кг массы тела внутривенно в течение 10-20 минут. Поддерживающая доза составляет 2000 МЕ урокиназы/кг массы тела в течение 24 часов вместе с одновременным введением гепарина либо, 4400 МЕ урокиназы/кг массы тела в течение 12 часов без введения гепарина. Время начала и длительность инфузии гепарина зависит от АЧТВ	

а - ускоренный режим введения рекомбинантного тканевого активатора плазминогена при ТЭЛА; данная схема введения официально не одобрена, но иногда используется при крайней гемодинамической нестабильности, такой как остановка сердца.

Хирургическое вмешательство:

Вено-артериальная ЭКМО/экстракорпоральная поддержка жизнеобеспечения:

Показания:

- ТЭЛА высокого риска с коллапсом кровообращения или остановкой сердца;

Противопоказания:

- коагулопатии и тромбоцитопении;
- тяжелые поражения ЦНС;
- неконтролируемый метаболический ацидоз;
- пациенты в терминальном состоянии.

Хирургическая эмболэктомия:

Показания:

- абсолютные противопоказания к ТЛТ у пациентов высокого риска (УД – IC);
- неэффективность ТЛТ у пациентов высокого риска (УД – IC);
- ухудшение гемодинамики на фоне антикоагулянтной терапии у пациентов с ТЭЛА низкого и среднего риска (УД – IIaC).

Абсолютных противопоказаний нет.

Установка кава-фильтров:

Показания:

- абсолютные противопоказания к ТЛТ (УД – IIaC);
- отсутствие эффекта от ТЛТ (УД – IIaC);
- **рутинная установка кава-фильтров не рекомендуется (УД – IIIA).**

Абсолютных противопоказаний нет.

Дальнейшее ведение:

После стационарного лечения пациент переводится на амбулаторный этап ведения, однако необходимо учесть возможности лечения в амбулаторных условиях.

В таблице представлены критерии невозможности продолжения лечения в амбулаторных условиях.

Критерии исключения Хестии для дальнейшего перевода пациента на амбулаторный этап лечения.

Критерий/вопрос
Пациент гемодинамически нестабилен? ^a
Необходимы ли тромболизис или эмбоТЭЛАктомия?
Активное кровотечение или высокий риск кровотечений? ^b
Более 24 часов подачи кислорода для поддержания сатурации кислорода >90%?
ТЭЛА диагностирована во время лечения антикоагулянтами?
Сильная боль, нуждающаяся в в/в введении обезболивающих более 24 часов?
Медицинские или социальные покаяния для лечения в условиях стационара более 24 часов (инфекция, злокачественный процесс или нет системы поддержки)?
Клиренс креатинина пациента <30 мл/мин? ^c
У пациента имеется тяжелое заболевание печени? ^d
Пациентка беременна?
Имеется ли у пациента в анамнезе документированная гепарин-индукционная тромбоцитопения?

Если один или более ответов на вопрос «Да», то пациент не может лечиться в домашних условиях

а - включает следующие критерии, но оставьте их на усмотрение обследующего: систолическое Ад < 100 мм.рт.ст с ЧСС > 100 уд/мин;

состояние, требующее госпитализации в палату интенсивной терапии.

б - гастроинтестинальное кровотечение в предшествующие 14 дней, недавнее ОНМК (<4 недель назад), недавняя операция (<2 недель назад), нарушения свертываемости крови или тромбоцитопения (тромбоцитов <75x10⁹/л), или неконтролируемая гипертензия (системическое АД >180 мм рт.ст или диастолическое АД >110 мм рт.ст).

с - подсчет клиренса креатинина производить в соответствии с формулой Кокрофта-Голта

д - оставьте их на усмотрение терапевта

Баллонная ангиопластика легочных артерий

13. Регламент взаимодействия МО, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ТЭЛА (включая межтерриториальное взаимодействие с МО других субъектов Российской Федерации и

федерального уровня) при оказании медицинской помощи пациентам с ТЭЛА требующим проведения хирургического вмешательства.

Хирургическая легочная эндартерэктомия (ЛЭ) является методом выбора лечения операбельной ХТЭЛГ. В отличие от хирургической эмболэктомии при острой ТЭЛА, для лечения ХТЭЛГ необходимо проведение двусторонней эндартерэктомии через медиальный слой легочных артерий. Условиями для проведения этой операции являются глубокая гипотермия и кратковременная остановка кровообращения, без необходимости перфузии головного мозга, то доступно в ФЦ РФ.

14. Список контактов ответственных лиц всех МО и служб, задействованных в оказании медицинской помощи.

Таблица №42

Медицинская организация	ФИО	Должность	Контакт Моб. телефон
1	2	3	4
ГБУ РД «Агульская ЦРБ»	Багаудинов Магомедзагид Закирович	Главный врач	8 989 482-42-24
ГБУ РД «Акушинская ЦРБ»	Джамбулатов Айиуб Рашидович	Главный врач	8 906 247-09-99
ГБУ РД «Ахвахская ЦРБ»	Иманалиев Хайбула Байсулаевич	Главный врач	8 988-273-86-88
ГБУ РД «Ахтынская ЦРБ»	Аскарова Мария Акимовна	Главный врач	8 989 927-44-52
ГБУ РД «Бабаюртовская ЦРБ»	Маматаев Руслан Казакмурзаевич	Главный врач	8 989 460-39-95
ГБУ РД «Ботлихская ЦРБ»	Соломанов Руслан Магомедович	Главный врач	8 928 577-77-76
ГБУ РД «Белиджинская УБ»	Тагирбеков Рамазан Магомедович	Главный врач	8 928 508 46 47
ГБУ РД «Буйнакская ЦРБ»	Омаров Батыр-Ахмед Мухтарович	Главный врач	8 928 961-11-16
ГБУ РД «Гергебильская ЦРБ»	Магомедов Осман Зайнулабидович	Главный врач	8 906 760 00 03

Медицинская организация	ФИО	Должность	Контакт Моб. телефон
1	2	3	4
ГБУ РД «Гумбетовская ЦРБ»	Абакарова Ухумаали Абакаровича	Главный врач	8 928 972 26 64
ГБУ РД «Гунибская ЦРБ»	Саидов Насрудин Саидович	Главный врач	8 985 852-41-05
ГБУ РД «Дахадаевская ЦРБ»	Абдурагимов Набигулла Талгатович	Главный врач	8 928 052 77 52
ГБУ РД «Дербентская ЦРБ»	Самедов Фуад Вагифович	Главный врач	8 988 206 99 99
ГБУ РД «Докузпаринская ЦРБ»	Ахмедов Заур Ахмедович	Главный врач	8 989 444 57 77
ГБУ РД «Казбековская ЦРБ»	Амиев Рашид Абдулаевич	Главный врач	8 988 271 24 44
ГБУ РД «Кайтагская ЦРБ»	Омаров Рустам Вайсуркурианиевич	Главный врач	8 989 454 41 42
ГБУ РД «Карабудахкентская ЦРБ»	Гиравов Расул Гиравович	Главный врач	8 989 655 86 75
ГБУ РД «Каякентская ЦРБ»	Абдурагимов Магомеднаби Камбулатович	Главный врач	8 906 846 66 68
ГБУ РД «Кизилюртовская ЦРБ»	Гаджиев Магомед Сурхаевич	Главный врач	8 928 683 25 92
ГБУ РД «Кизлярская ЦРБ»	Газиев Кутбудин Магомедовича	Главный врач	8 903 423 20 23

Медицинская организация	ФИО	Должность	Контакт Моб. телефон
1	2	3	4
ГБУ РД «Кулинская ЦРБ»	Щамхалов Курбанмагомед Гарунович	Главный врач	8 928 527 00 37
ГБУ РД «Кумторкалинская ЦРБ»	Забитова Анель Камильевна	Главный врач	8 963 412 50 50
ГБУ РД «Курахская ЦРБ»	Азимов Азим Акимович	Главный врач	8969 747 29 29
ГБУ РД «Лакская ЦРБ»	Гаджиев Мурад Гаджиевич	Главный врач	8 928 099 78 23
ГБУ РД «Левашинская ЦРБ»	Абдурашидова Патимат Багандалиевна	Главный врач	8 967 934 44 44
ГБУ РД «Магарамкентская ЦРБ»	Беглеров Гаджибала Гаджиевич	Главный врач	8 906 375 35 23
ГБУ РД «Новолакская ЦРБ»	Султанова Людмила Магомедовна	Главный врач	8 928 866 75 87
ГБУ РД «Ногайская ЦРБ»	Межитова Фаризат Янибековна	Главный врач	8 929 868 36 48
ГБУ РД «Рутульская ЦРБ»	Абееев Султан Кадратович	Главный врач	8 963 424 63 11
ГБУ РД «Сергокалинская ЦРБ»	Багомедов Али Гаджиевич	Главный врач	8 909 481 10 10
ГБУ РД «Сулейман-Стальская ЦРБ»	Алиомаров Мевлидин Мамедович	Главный врач	8 928 587 33 30
ГБУ РД «Табасаранская ЦРБ»	Мирзабеков Абсеретдин Исмаилович	Главный врач	8 963 424 99 11

Медицинская организация	ФИО	Должность	Контакт Моб. телефон
1	2	3	4
ГБУ РД «Тарумовская ЦРБ»	Исаев Асхаб Курбанович	Главный врач	8 928 564 64 20
ГБУ РД «Кочубейская МСЧ»	Давудов Магомед Сайпудинович	Главный врач	8 928 683 15 55
ГБУ РД «Тляратинская ЦРБ»	Гаджиев Ибрагим Магомедович	Главный врач	8 967 392 90 09
ГБУ РД «Унцукульская ЦРБ»	Магомедова Айшат Магомедовна	Главный врач	8 928 562 52 80
ГБУ РД «Хасавюртовская ЦРБ»	Минатуллаев Шамиль Абдулмуслимович	Главный врач	8 928 582 11 57
ГБУ РД «Хивская ЦРБ»	Багичева Индира Муминовна	Главный врач	8 960 416 24 37
ГБУ РД «Хунзахская ЦРБ»	Абдулаев Расул Магомедович	Главный врач	8 988 775 33 03
ГБУ РД «Цумадинская ЦРБ»	Дибирасулаев Хейрул-Анама Магомедович	Главный врач	8 961 837 57 57
			8 961 514 86 50
ГБУ РД «Цунтинская ЦРБ»	Алиева Мадинат Рамазановна	Главный врач	8 960 408 47 76
	Абдулмеджидов Али Султанович	Главный врач	8 908 004 55 55
ГБУ РД «ЦРБ Бежтинского участка Цунтинского района»	Халилова Зарема Магомедовна		

Медицинская организация	ФИО	Должность	Контакт Моб. телефон
1	2	3	4
			8 965 490 70 02
ГБУ РД «Чародинская ЦРБ»	Курамагомедов Имамшапи Магомедович	Главный врач	8 960 413 41 36
ГБУ РД «Шамильская ЦРБ»	Халилов Гасанович	Ибрагим	Главный врач
ГБУ РД «Новолакская РБ № 1 (Новострой)»	Исрапилова Бульбул Гасановна	Главный врач	8 928 560 02 84
ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ»	Гафуров Руслан Гасанович	Главный врач	8 928 533 57 27 8 930 365 5555
ГБУ РД «ЦГБ ГО «город Дагестанские Огни»	Гаджимагомедов Максим Гаджимагомедович	Главный врач	8 960 412 53 20
ГБУ РД «Дербентская ЦГБ»	Мурадов Ислам Усманович	Главный врач	8 926 154 96 89
ГБУ РД «Избербашская ЦГБ»	Абдуллаев Мурад Изамутдинович	Главный врач	8 960 413 00 85
ГБУ РД «Каспийская ЦГБ»	Рамазанов Расим Рагимович	Главный врач	8 928 950 62 72
ГБУ РД «Кизилюртовская ЦГБ»	Шабанова Патимат Дайтбековна	Главный врач	8 961 406 77 77
ГБУ РД «Кизлярская ЦГБ»	Магомедов Эльдар Ахмедович	Главный врач	8 929 868 05 72
ГБУ РД «Хасавюртовская ЦГБ»	Гаджиева Алжанат Багавудиновна	Главный врач	8 989 897 54 43

Медицинская организация	ФИО	Должность	Контакт Моб. телефон
1	2	3	4
ГБУ РД «Южно-Сухокумская ЦГБ»	Цинпаев Джамалутдин Омаревич	Главный врач	8 989 460 03 63
ГБУ РД «РКБ №2»	Гаджимурадов Феликс Ильясбекович	Главный врач	8 928 588 53 10
ГБУ РД «ГКБ»	Малаев Хаджимурат Магомедович	Главный врач	8 988 265 96 60
ГБУ РД «РКБ им. А.В. Вишневского»	Темирболатов Магомедсалам Джанболатович	Главный врач	8 928 565 16 07
ГБУ РД «РКБ СМП»	Иманалиев Магомед Расулович	Главный врач	8 916 844 32 34
ГБУ РД «НКО ДЦКиССХ»	Абакаров Абакар Магомедович	Главный врач	8 989 446 03 93

15. Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших ТЭЛА, в том числе с привлечением кабинетов антикоагулянтной терапии (см. соответствующий раздел), и скрининг для выявления хронической тромбоэмбологической легочной гипертензии.

Осмотр пациентов через 3 и 6 мес. после острого эпизода ЛЭ рекомендуется для оценки наличия и степени выраженности одышки, переносимости физических нагрузок, а также для проверки возможных признаков рецидива ВТЭ, рака или осложнений антикоагулянтной терапии (кровотечений).

Пациентам, у которых в течение 3 и 6 месяцев наблюдения после острой ТЭЛА не зафиксировано одышки или функциональных ограничений, но при этом имеются факторы риска/предрасполагающие состояния для развития ХТЭЛГ, могут быть назначены последующие контрольные посещения. При возвращении симптомов заболевания пациенту необходимо незамедлительно посетить врача. Для оценки вероятности наличия ЛГ у пациента может рассматриваться возможность проведения ТТЭхоКГ. Пациентам с жалобами на постоянную одышку и плохую переносимость

физических нагрузок рекомендовать выполнение ТТЭхоКГ для оценки вероятности наличия ЛГ (хронической) и, следовательно, возможной ХТЭЛГ.

Помимо рекомендуемых скрининговых и диагностических мер, на практике должна применяться комплексная модель ведения пациента после ТЭЛА, на амбулаторном этапе. Эта модель должна включать наличие у врача и медсестер необходимой квалификации, междисциплинарное взаимодействие врачей при стационарном и амбулаторном лечении пациентов с ТЭЛА, стандартизованные протоколы лечения, и двустороннее взаимодействие между врачами общей практики и больницей. Подобные модели обеспечит плавный переход между врачами поликлиник и стационаров; обеспечивают непрерывность и доступность получения медицинской помощи и информационной поддержки; учитывают предпочтения пациентов и их семей, а также их социальную среду. Эти модели оказания медицинской помощи квалифицированным медперсоналом продемонстрировали свою эффективность при последующем наблюдении пациентов после острого коронарного синдрома, лечении хронических заболеваний в условиях первичного звена здравоохранения и самопомощи в привычной для больного социальной среде. Во время последующих контрольных визитов имеющие необходимую квалификацию медсестры проверяют пациента на наличие признаков и симптомов рецидива ВТЭ или осложнений от лечения, и оценивают приверженность пациента к лечению. В работе с пациентами медсестры для выявления и модификации сопутствующих факторов риска (отказ от курения, диета, физическая активность и физические упражнения) используют поведенческий подход и мотивационное консультирование. Кроме того, они помогают развитию навыков самопомощи, таких как использование компрессионных чулок, безопасное увеличение физической активности, осведомленность о признаках рецидива или осложнений.

16. Маршрутизация пациентов, перенесших ТЭЛА, в случае выявления хронической тромбоэмбологической легочной гипертензии и кратность амбулаторного наблюдения у врача-кардиолога (врача-терапевта) по месту жительства пациентов, перенесших ТЭЛА.

Больные с перенесенной ТЭЛА давностью 3–6 месяцев и сохраняющейся одышкой и/или ограничением физических возможностей должны быть скринированы на предмет возможной ХТЭЛГ. Такому же скринингу должны подвергаться лица с повторными эпизодами ТЭЛА, а также выявленными в остром периоде заболевания дисфункцией правого желудочка, легочной гипертензией и массивной обструкцией легочной артерии. В группу скрининга ХТЭЛГ должны входить также лица с дополнительными факторами риска, в частности, тромбофилиями, АФС, онкологией (включая миелопролиферативные заболевания) и воспалительными заболеваниями нижних отделов желудочно-кишечного

тракта. В качестве скринингового метода обследования рекомендуется трансторакальная эхокардиография. При выявлении признаков легочной гипертензии и подозрении на наличие ХТЭЛГ больных рекомендуется направлять в Экспертный центр для дополнительного обследования и решения вопроса об операбельности.

Амбулаторное наблюдение у врача-кардиолога (врача-терапевта) по осуществляется месту жительства пациентов в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 марта 2022 г. N 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» не реже 4 раз в год, пожизненно.

4.8. Регламент маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения

1. Перечень медицинских организаций государственной системы здравоохранения Республики Дагестан, на базе которых развернуты региональный сосудистый центр и первичные сосудистые отделения с характеристикой неврологических отделений для больных с острым нарушением мозгового кровообращения, контактных телефонов ответственных лиц

№ п/п	Наименование подразделения медицинской организации	Характеристика nevрологических отделения для больных с острым нарушением мозгового кровообращения	Контактные телефоны ответственных лиц
1.	Региональный сосудистый центр ГБУ РД «РКБ им. А.В. Вишневского»	<p>Неврологическое отделение для больных с острым нарушением мозгового кровообращения (далее – НО ОНМК) на 40 коек, 9 коек ОРИТ ОНМК, отдельное структурное подразделение;</p> <p>2 аппарата МСКТ (один 64 срезов Апгрейд 128 срезов в одном корпусе с НО ОНМК, второй 64 среза);</p> <p>МРТ) с индукцией магнитного поля 1.5 Т;</p> <p>Рентгенангиографическая установка – 2;</p> <p>Расположение МСКТ и НО ОНМК – в одном корпусе; МРТ, рентгенангиографический комплекс в соседнем корпусе;</p> <p>Среднее время доставки пациента с зоны закрепления – 1 час 10 минут;</p> <p>Госпитализация – минута общий приемный покой.</p>	<p>Заведующий отделением 8 928 551-11- 54,</p> <p>Главный врач 8(722)55- 02-51</p>
2.	Региональный сосудистый центр	НО ОНМК на 40 коек, в том числе отделение БИТ ОНМК на 6 коек; в структуре отделения	Заведующий отделением

	ГБУ РД «РКБ СМП»	Аппарат КТ 64 среза; Два аппарата МРТ с индукцией магнитного поля 1,5 Т; Расположение аппарата КТ и НО ОНМК – в разных корпусах; Рентгенангиографическая установка – 2; в соседнем корпусе/ Среднее время доставки пациента с зоны закрепления – 1 час 15 минут; Ввиду нетиповой постройки пациент госпитализируется через общий приемный покой, но задержек в приемном покое нет, пациент 24/7 осматривается дежурным неврологом отделения ОНМК.	8 928 670-50-67, Главный врач 8 928 836-16-66
3.	ПСО ГБУ РД «ГКБ»	НО ОНМК на 45 коек, в том числе БИТ на 6 коек; в структуре отделения. Аппарат КТ 80 срезов; Аппарат МРТ с индукцией магнитного поля 1,5 Т; Расположение аппарата КТ и НО ОНМК – в одном корпусе; Рентгенангиографическая установка – 1; в одном корпусе МРТ в соседнем корпусе; Среднее время доставки пациента с зоны закрепления – 2 часа 45 минут; Госпитализация – минуя общий приемный покой, отдельный кабинет приема пациентов с ОНМК	Заведующий отделением 8 928 509-88-77, Главный врач (8722)55-37-60
4.	ПСО ГБУ РД «Хасавюртовская ЦГБ»	НО ОНМК на 30 коек, в том числе, БИТ на 6 коек; в структуре отделения. Аппарат КТ 32 среза;	Заведующий отделением 8 928 588-73-21,

		<p>Рентгенангиографическая установка – 1.</p> <p>Расположение КТ- аппарата и НО ОНМК – в одном корпусе;</p> <p>Среднее время доставки пациента с зоны закрепления – 1 час 30 минут;</p> <p>Госпитализация – ввиду нетиповой постройки через общий приемный покой, отдельный кабинет приема пациентов с ОМНК, 24/7 дежурный невролог, нейровизуализация без задержки в приемном отделении.</p>	<p>Главный врач 8 989 670-24-31</p>
5.	ПСО ГБУ РД «Дербентская ЦГБ»	<p>НО ОНМК на 30 коек, в том числе БИТ на 6 коек; в структуре отделения.</p> <p>Аппарат КТ 16 срезов;</p> <p>Аппарат МРТ с индукцией магнитного поля 1.5 Т;</p> <p>Расположение аппаратуры и НО ОНМК – в одном корпусе;</p> <p>Рентгенангиографическая установка – 1; в корпусе</p> <p>Среднее время доставки пациента с зоны закрепления – 2 часа 10 минут;</p> <p>Госпитализация – минута приемный общий приемный покой.</p>	<p>Заведующий отделением 8 928 550-22-31,</p> <p>Главный врач (87240)4-73-88</p>
6.	ПСО ГБУ РД «Кизлярская ЦГБ»	<p>НО ОНМК на 35 коек, в том числе БИТ на 6 коек;</p> <p>Аппарат КТ 64 среза;</p> <p>Расположение аппарата КТ и НО ОНМК – в одном корпусе;</p> <p>Рентгенангиографическая установка – 0.</p> <p>Среднее время доставки пациента с зоны закрепления – 1 ч. 30минут;</p>	<p>Заведующий отделением 8 928 866-87-05,</p> <p>Главный врач (8872)392-30-41</p>

		Госпитализация – минуя общий приемный покой.	
7.	ПСО ГБУ «Буйнакская ЦГБ»	<p>НО ОНМК на 30 коек, в том числе ОРИТ на 6 коек;</p> <p>Аппарат КТ 63 среза;</p> <p>Расположение аппарата КТ и НО ОНМК – в одном корпусе;</p> <p>Рентгенангиографическая установка – 0.</p> <p>Среднее время доставки пациента с зоны закрепления – 2 ч. 30 минут;</p> <p>Госпитализация – минуя общий приемный покой.</p>	<p>Заведующий отделением 8 963 425-01-83,</p> <p>Главный врач (87237) 2-14-07</p>

2. Закрепление муниципальных образований и районов Республики Дагестан за региональным сосудистым центром и первичными сосудистыми отделениями по оказанию медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения

№ п/п	Наименование медицинской организации	Наименование муниципального образования	Численность населения
1	2	3	4
1.	Региональный сосудистый центр ГБУ РД «РКБ им. А.В. Вишневского»	Кировский район г.Махачкалы с прилегающими поселками Семендер, Красноармейск, Ленинкент, Альбурикент, Шамхал, Шамхал-Термен, Сулак	185945
		Акушинский район	39814
		г.Избербаш	47811
		Карабудахкентский район	59078
		Левашинский район	57628
		Новолакский район,	7831
2.	РСЦ ГБУ РД «РКБ СМП»	Советский район г. Махачкалы, пос. Тарки, пос. Кахулай	170547

		Кумторкалинский район	19827
		Каякентский район	40972
		Кулинский район	8472
		Кизилюрт	35914
		Кизилюртовский район	49573
		Лакский район	9336
3.	ПСО ГБУ РД «ГКБ»	Ленинский район г.Махачкала с прилегающими поселками (Турали, Новый Кяхулай, Новый Хушет)	174744
		Дахадаевский район	26388
		г.Дагестанские Огни	20986
		г.Каспийск	98371
		Сергокалинский район	20297
4.	ПСО ГБУ РД «Кизлярская ЦГБ»	г.Кизляр	39752
		г.Южно-Сухокумск	8107
		Кизлярский район	54091
		Тарумовский район, пос. Кочубей	9669
		Тарумовский район	17756
		Ногайский район	13573
5.	ПСО ГБУ РД «Хасавюртовская ЦГБ»	г.Хасавюрт	108447
		Хасавюртовский район	108885
		Бабаюртовский район	34885
		Новолакский район	16260
		Казбековский район	34162
6.	ПСО ГБУ РД «Дербентская ЦГБ»	г.Дербент	99978
		Дербентский район	56427
		Сулейман-Стальский район	42864
		Рутульский район	15178
		Табасаранский район	33986
		Хивский район	15289

	Ахтынский район	24552
	Агульский район	7995
	Докузпаринский район	10719
	Курахский район	10986
	Кайтагский район	23615
	Магарамкентский район	46899
	Ахтынский район	24552
	Дербентский район пос. Беледжи	14591
7. ПСО ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ»	г.Буйнакск	49926
	Буйнакский район	58016
	Ахвахский район	18182
	Гергебильский район	16546
	Гумбетовский район	18468
	Гунибский район	21473
	Тляратинский район	16744
	Унцукульский район	23585
	Хунзахский район	24375
	Цумадинский район	18329
	Цунтинский район	7582
	Бежтинский участок	5010
	Чародинский район	9433
	Шамильский район	22015
	Ботлихский район	44146

- Наличие в структуре МО специализированных отделений сосудистой хирургии, нейрохирургии, отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения с указанием коечной мощности перечисленных отделений и определением возможности выполнения в них реконструктивных и реваскуляризирующих операций на брахиоцефальных артериях, операций по поводу геморрагического инсульта, аневризм головного мозга, артерио-венозных мальформаций, каверном головного мозга;

1. ГБУ РД «РКБ им. А.В.Вишневского»- имеется отделение сосудистой хирургии в составе рентгенэндоваскулярная хирургия -30 коек, нейрохирургия -40 коек проводятся все виды оперативных вмешательств.

2. ГБУ РД «РКБ СМП» нейрохирургия 30 коек, рентгенэндоваскулярная хирургия - 10 коек -проводятся все виды оперативных вмешательств.

3. ГБУ РД «ГКБ» - нейрохирургия 10 коек, рентгенэндоваскулярная хирургия-

4. ГБУ РД «Хасавюртовская ЦРБ» отд. Нейрохирургии, рентгенэндоваскулярной хирургии нет.

5. ГБУ РД «Буйнакская ЦРБ»- нет

6. ГБУ РД «Дербентская ЦРБ» - отд. Нейрохирургии – 21 койка (аневризмы, каверномы, АВМ маршрутизация «РКБ А.В.Вишневского», сосудистая хирургия 15 коек.

7. ГБУ РД «Кизлярская ЦРБ»- нет

- Наличие в структуре МО отделения второго этапа медицинской реабилитации для пациентов с поражением центральной нервной системы.

В структуре всех РСЦ, ПСО имеются отделения второго этапа реабилитации.

3. Алгоритм маршрутизации и медицинской эвакуации пациентов с ОНМК, в том числе алгоритм догоспитальной диагностики и приоритетной медицинской эвакуации пациентов для выполнения операций тромбэкстракции/тромбаспирации в МО, в структуре которых организовано отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения.

1. Пациенты доставляются соответственно маршрутизации в МО РСЦ, ПСО . Соответственно состоянию и клиники ОНМК, проводится МСКТ ангиография ГМ, при наличии тромбоза сосудов и показания к тромбэкстрации пациенты с МО РСЦ г.Махачкалы доставляются в РКБ им.А.В.Вишневского, РКБ СМП с целью проведения ТЭ.

	<table border="1"> <tr><td>РСЦ ГБУ РД «РКБ им. А.В. Вишневского»</td><td></td></tr> <tr><td>РСЦ ГБУ РД «РКБ СМП»</td><td></td></tr> <tr><td>РСЦ ГБУ РД «ГКБ»</td><td></td></tr> <tr><td>ПСО ГБУ РД «Хасавюртовская ЦГБ»</td><td></td></tr> <tr><td>ПСО ГБУ РД «Дербентская ЦГБ»</td><td></td></tr> <tr><td>ПСО ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ»</td><td></td></tr> </table>	РСЦ ГБУ РД «РКБ им. А.В. Вишневского»		РСЦ ГБУ РД «РКБ СМП»		РСЦ ГБУ РД «ГКБ»		ПСО ГБУ РД «Хасавюртовская ЦГБ»		ПСО ГБУ РД «Дербентская ЦГБ»		ПСО ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ»	
РСЦ ГБУ РД «РКБ им. А.В. Вишневского»													
РСЦ ГБУ РД «РКБ СМП»													
РСЦ ГБУ РД «ГКБ»													
ПСО ГБУ РД «Хасавюртовская ЦГБ»													
ПСО ГБУ РД «Дербентская ЦГБ»													
ПСО ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ»													
Схема маршрутизации пациентов с ОНМК на ТЭ													
ПСО ГБУ РД «Кизлярская ЦГБ»	РСЦ ГБУ РД «ГКБ»												
ПСО ГБУ РД «Хасавюртовская ЦГБ»	РСЦ ГБУ РД «РКБ СМП»												
ПСО ГБУ РД «Дербентская ЦГБ»	РСЦ ГБУ РД «РКБ им. А.В. Вишневского»												
ПСО ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ»													

Алгоритм оказания медицинской помощи больным с ОНМК на догоспитальном этапе

1. Медицинская помощь на догоспитальном этапе оказывается в соответствии с утвержденными алгоритмами оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим бригадами скорой медицинской помощи (далее – СМП).

2. При выезде к больному с подозрением на ОНМК и предполагаемой эвакуацией в РСЦ или ПСО, помимо алгоритма оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе, необходимо:

определить точное время появления первых признаков заболевания или время последнего контакта с пациентом (если точное время я начала заболевания неизвестно);

оценить уровень сознания;

проводить оценку тяжести инсульта по шкале выраженности двигательного дефицита (далее – LAMS).

3. При сумме баллов по шкале LAMS ≥ 4 и времени от начала заболевания менее 4 часов – оповещение дежурного невролога РСЦ или ПСО по соответствующим контактным телефонам о пациенте, подходящем для проведения тромболитической терапии (для РСЦ и ПСО) и/или механической тромбоэкстракции (для РСЦ), незамедлительная медицинская эвакуация в РСЦ или ПСО.

4. Оповещение дежурного невролога РСЦ или ПСО по соответствующим контактным телефонам о пациенте с признаками острого нарушения мозгового кровообращения, медицинская эвакуация в РСЦ или ПСО

Для госпитализации в РСЦ:

ГБУ РД «РКБ им. А.В. Вишневского», звонок на «горячую линию» РСЦ по телефону: (8722) 55-01-94;

ГБУ РД «РКБ СМП» звонок на «горячую линию» по телефону: (8722) 62-93-46;

Для госпитализации в ПСО:

ГБУ РД «ГКБ», звонок на «горячую линию» по телефону: (8722) 55-37-57;

ГБУ РД «Дербентская ЦГБ», звонок на «горячую линию» по телефону: 8 928 277-15-17;

ГБУ РД «Буйнакская ЦГБ», звонок на «горячую линию» по телефону: 87237-2-14-11;

ГБУ РД «Хасавюртовская ЦГБ» звонок на «горячую линию» по телефону: 8 928 802-79-23;

ГБУ РД «Кизлярская ЦГБ», звонок на «горячую линию» по телефону: (88723) 92-31-57;

5. Транспортировка больных с ОНМК в РСЦ или ПСО осуществляется бригадой СМП и/или скорой специализированной медицинской помощи в соответствии в лицензию на осуществление данного вида медицинской помощи.

6. При невозможности своевременной транспортировки (не транспортабельность больного) в РСЦ или ПСО больного необходимо экстренно госпитализировать в неврологическое или терапевтическое отделение по месту жительства.

Алгоритм оказания медицинской помощи больным с ОНМК в неврологическом отделении для больных с ОНМК в РСЦ или ПСО

1. Бригада скорой медицинской помощи (далее – СМП), после реализации алгоритма догоспитального этапа, доставляет пациента с признаками ОНМК в РСЦ или ПСО.

2. Все пациенты с признаками ОНМК доставляются в РСЦ или ПСО через отдельный подъезд (минуя общий приемный покой).

3. При поступлении пациент осматривается дежурным врачом-неврологом НО ОНМК РСЦ или ПСО не позднее 10 минут от момента поступления, который:

оценивает состояние жизненно важных функций организма больного, общее состояние больного, неврологический статус, в том числе с использованием оценочных шкал (по шкале инсульта NIHSS, анамnestически по модифицированной шкале Рэнкин до настоящего инсульта);

по медицинским показаниям проводит мероприятия, направленные на восстановление нарушенных жизненно важных функций;

организует забор крови и принимает решение о нейровизуализации.

4. После проведения мероприятий, указанных в пункте 3, пациент направляется в рентгенодиагностическое отделение для проведения компьютерной томографии (далее – КТ-исследование) или магнитно-резонансной томографии (далее – МРТ-исследование) головного мозга для уточнения диагноза. Для выявления ранних изменений при ишемическом инсульте у пациентов, врачом-рентгенологом осуществляется оценка по шкале ASPECTS. Заключение по результатам проведения исследований передается дежурному неврологу. При наличии показаний по рекомендации дежурного врача-невролога врач-рентгенолог осуществляет выполнение исследования сосудов головного мозга (КТ-ангиография (от дуги аорты) или МР-ангиография). В связи с тем, что ОНМК является ургентным состоянием, при отсутствии анамnestических данных за острую почечную недостаточность или хроническую почечную недостаточность в стадии декомпенсации, ожидание результатов показателей креатинина и мочевины в сыворотке крови перед применением контрастного вещества не требуется.

5. При отсутствии противопоказаний к проведению системной тромболитической терапии у пациента в РСЦ или ПСО, процедуру введения в/в тромболизиса, возможно начинать в кабинете КТ. Показания/противопоказания для проведения системной тромболитической терапии оцениваются дежурным врачом-неврологом. Пациент наблюдается в течении суток, после проведения тромболитической терапии, в условия БИТ или ОРИТ. Через 24 часа после проведения системной тромболитической терапии показано выполнение повторной нейровизуализации (КТ или МРТ) с целью оценки очага поражения головного мозга в динамике, выявления возможных геморрагических осложнений.

6. Если пациент в РСЦ по критериям отбора соответствует для проведения эндоваскулярного лечения дежурный врач-невролог НО ОНМК РСЦ оповещает дежурного врача отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения (далее – ОРХМДиЛ) и обеспечивает экстренную транспортировку пациента непосредственно в ОРХМДиЛ из кабинета лучевой диагностики).

В случае выявления проксимальной окклюзии крупных церебральных артерий, решение о проведении эндоваскулярного лечения должно приниматься консилиумом врачей-специалистов со всесторонней оценкой соотношения польза/риск. Время от начала заболевания до пункции артерии доступа не должно превышать 6 часов.

Если время от начала заболевания не превышает 4 часов, отсутствуют противопоказания к проведению тромболитической терапии, процедуру в/в тромболизиса возможно начинать в кабинете КТ.

Начало эндоваскулярного вмешательства не должно быть отсрочено вследствие ожидания эффекта от системной тромболитической терапии.

Через 24 часа после эндоваскулярного вмешательства показано выполнение повторной нейровизуализации (КТ или МРТ) с целью оценки очага поражения головного мозга в динамике, выявления возможных геморрагических осложнений.

7. Пациенту, у которого по заключению КТ или МРТ верифицированы признаки геморрагического инсульта, проводится консультация нейрохирурга в срок не позднее 60 минут с момента получения результатов. По итогам консультации принимается решение о тактике лечения (при необходимости, консилиумом врачей).

В случае отсутствия в медицинской организации (далее – МО), на базе которой развернуто ПСО, нейрохирургической службы, необходимо консультироваться с дежурным нейрохирургом РСЦ.

В случае диагностирования у пациента кортикальной внутримозговой гематомы или субарахноидального кровоизлияния, необходимо оповестить дежурного нейрохирурга РСЦ и, в случае принятия решения о переводе, обеспечит своевременную транспортировку в РСЦ для инвазивной диагностики и/или хирургического лечения.

8. Пациенту со злокачественным инфарктом в бассейне средней мозговой артерии в первые 24 часа от начала развития заболевания проводится консультация нейрохирурга, по итогам которой принимается решение о тактике лечения (при необходимости, консилиумом врачей). В случае отсутствия в МО, на базе которой развернуто ПСО, нейрохирургической службы, необходимо консультироваться с дежурным нейрохирургом РСЦ.

9. В случае выявления у пациента с ишемическим инсультом или транзиторной ишемической атакой:

симптомного стеноза сонной артерии более 50% по критериям NASCET, показана консультация врача сердечно-сосудистого хирурга РСЦ и, при отсутствии противопоказаний, реваскуляризация в течение 14 дней от дебюта заболевания с соответствующим переводом в РСЦ;

асимптомного стеноза сонной артерии более 70% по критериям NASCET, показана консультация врача сердечно-сосудистого хирурга РСЦ и, при отсутствии противопоказаний, реваскуляризация в течение 3 месяцев от дебюта заболевания.

10. В случае выявления у пациента с геморрагическим инсультом стеноза сонной артерии более 70% по критериям NASCET, необходима консультация врача сердечно-сосудистого хирурга и, при отсутствии противопоказаний, реваскуляризация в течение 2 месяцев.

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

12. Комплекс реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление нарушенных вследствие ОНМК функций нервной системы, осуществляется с первых суток поступления пациента в РСЦ или ПСО при отсутствии противопоказаний (ранний этап медицинской реабилитации).

13. Пациенты с ОНМК, имеющие существенно ограниченные физические или психические возможности и нуждающиеся в интенсивной симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе, направляются в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в соответствии с действующими приказами министерства здравоохранения Республики Дагестан об организации оказания паллиативной медицинской помощи.

14. Руководителям МО, на базе которых развернуты РСЦ и ПСО, предусмотреть наличие внутренних регламентирующих документов по маршрутизации пациентов с ОНМК

15. Дальнейший перевод больных на 2 этап реабилитации проводится в соответствии со шкалой реабилитационной маршрутизации, проводится по приказу № 136-Л от 14.03.2023г.

Шкала догоспитальной оценки тяжести инсульта (LAMS)

Оценка лицевой мускулатуры: необходимо попросить больного поднять брови, показать зубы, закрыть глаза, зажмурить глаза. Допускается демонстрация данных команд сотрудником бригады скорой медицинской помощи. Оценка симметричности гримасы на болевой стимул в случае, если пациент не может понять медицинского работника.

Нет асимметрии (гримаса на болевой стимул симметрична) – 0.

Есть асимметрия мимической мускулатуры в нижних отделах лица или в нижних и верхних отделах лица с одной стороны – 1.

Удержание рук: проба Барре – удержание выпрямленных вперед рук (руки подняты на 90 градусов в положении сидя и на 45 градусов в положении лежа).

Норма – 0.

Одна рука медленно опускается вниз, но производит некоторое сопротивление силе тяжести – 1.

Рука быстро падает – 2.

Сжимание в кисти: необходимо попросить больного сжать указательный и средний пальцы в кулак.

Сжимает симметрично, сила не снижена – 0.

С одной стороны сжимает слабее – 1.

Нет движений в кисти – 2.

Полученные баллы суммируются, сумма от 0 до 5. При угнетении сознания до сопора и комы баллы по LAMS не начисляются.

Шкала оценки ранних проявлений инфаркта головного мозга (ASPECTS)

Шкала ASPECTS является 10-балльной топографической РКТ-шкалой, применяемой у пациентов с ишемическим инсультом в бассейне средней мозговой артерии (далее – СМА).

Территория кровоснабжения средней мозговой артерии на двух аксиальных срезах (один на уровне таламуса и базальных ядер, другой - ростральнее сразу над базальными ядрами) делится на 10 участков.

При отсутствии изменений значение шкалы составляет 10 баллов. За каждый участок, имеющий признаки ранних ишемических изменений, вычитается один балл. Значение 0 баллов означает диффузное поражение всей территории кровоснабжения средней мозговой артерии.

Оцениваемые участки:

C - хвостатое ядро (Caudate)

L - чечевицеобразное ядро (Lentiform nucleus)

IC - внутренняя капсула (Internal capsule)

I - островковая доля (Insular cortex)

M1: передняя СМА-кора

M2: СМА-кора латеральнее островка

M3: задняя СМА-кора

M4: передняя СМА - территория СМА ростральнее M1

M5: боковая СМА - территории MCA ростральнее M2

M6: задняя СМА - территория ростральнее M3

Участки M1 - M3 находятся на уровне базальных ядер, участки M4 - M6 - на уровне желудочков непосредственно над базальными ядрами).

Форма отчета о работе неврологического отделения для больных с ОНМК в ПСО

Показатель	01.01. – 31.12.20 __ г.	01.01. – 31.12.20 __ г. (процентное соотношение)
1	2	3
Общее число госпитализированных больных с ОНМК		
Из них: ишемических инсультов		
кровоизлияний всего, в том числе:		
1. субарахноидальных кровоизлияний		
2. внутримозговых гематом		
Транзиторных ишемических атак		
Непрофильных по нозологии больных (первоначально поступивших с подозрением на ОНМК)		
Госпитализировано в палату/блок интенсивной терапии (далее – ПИТ/БИТ)		
Канал поступления:		
1. Из прикрепленных территорий		
2. Самообращение		
3. Из неприкрепленных территорий (по согласованию)		
4. Из других отделений МО		
5. Из других ЛПУ города, в котором расположено ПСО		
Число поступивших во временном промежутке до 4,5% часов от начала ОНМК		
Общее число выбывших с ОНМК из стационара за отчетный период: в том числе, переведенных в РСЦ		
в том числе, умерших		

Показатель	01.01. – 31.12.20 __ г.	01.01. – 31.12.20 __ г. (процентное соотношение)
1	2	3
патологоанатомическое исследование		
Выполнено тромболитических терапий:		
в том числе, с положительным эффектом		
в том числе, умерших после тромболитической терапии		
Число пациентов, у которых был выявлен гемодинамически значимый (более 50%) стеноз внутренней сонной артерии		
Выписано больных, независимых в повседневной жизни		

4.9. Регламент маршрутизации пациентов со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий

1. Диагностика стенотического поражения брахиоцефальных артерий (далее - БЦА) начинается с цветового дуплексного сканирования сонных артерий (далее - УЗДС) и может дополняться магнитно-резонансной ангиографией и/или компьютерной ангиографией либо рентгенконтрастной церебральной ангиографией.

При выявлении по данным скринингового УЗДС БЦА окклюзии или стеноза 50% и более по шкале NASCET проводится МСКТ брахиоцефальных и церебральных артерий (при наличии противопоказаний/отсутствии технических возможностей – проводится МРТ ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий).

2. Магнитно-резонансная ангиография (далее - МРА) и/или мультиспиральная компьютерная ангиография (далее - МСКТ-АГ) рекомендуются для оценки протяженности поражения и степени тяжести экстракраниального каротидного стеноза по любой из шкал (NASCET и/или ECST), а также в случае планирования стентирования сонной артерии, после каждого УЗДС рекомендуется проведение либо МРА, либо МСКТ-АГ для визуализации как дуги аорты, так и экстра- и интракраниального кровообращения для оценки риска интраоперационной эмболии при попытках катетеризации сонной артерии.

3. В случае получения противоречивых заключений по данным неинвазивных исследований (УЗДС, МРА) или при неудовлетворительной визуализации артерий рекомендуется выполнение рентгенконтрастной ангиографии МСКТ-АГ.

4. На этапе первичной медико-санитарной помощи при обращении к участковому врачу-терапевту, врачу-кардиологу, врачу-неврологу, врачу общей практики, фельдшеру фельдшерско-акушерского пункта (далее ФАП), выполнение ультразвукового дуплексного сканирования рекомендуется у неврологически бессимптомных пациентов старше 50 лет, у которых имеются два или более из следующих факторов риска: артериальная гипертензия, гиперлипидемия, курение, семейный анамнез среди ближайших родственников со случаями проявления атеросклероза в возрасте до 60 лет или случаев ишемического инсульта в семейном анамнезе.

5. Выполнение ультразвукового дуплексного сканирования рекомендуется у бессимптомных пациентов старше 65 лет, при наличии облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей, ишемической болезни сердца или аневризмы аорты.

6. Выполнение ультразвукового дуплексного сканирования рекомендуется у бессимптомных пациентов с шумом, аускультативно выслушиваемым над сонными артериями и у тех, кому планируется коронарное шунтирование.

Проведение МСКТ ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий осуществляется в МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и в МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

7. Стеноз сонной артерии считается симптомным, если пациент перенес ТИА или ишемический инсульт в бассейне стенозированной сонной артерии в течение последних 6 месяцев.

8. При выявлении стенозирующего поражения БЦА пациент направляется в МО, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь для определения тактики хирургического лечения и назначения оптимальной медикаментозной терапии.

9. Перечень медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий:

- РКБ им. А.В. Вишневского
- Медицинский центр им. Р.П. Аскерханова
- Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии им. А.О. Махачева.

4.10. Регламент маршрутизации пациентов с врожденными и приобретенными пороками клапанов сердца

Настоящий регламент регулирует вопросы 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 соответствующих КР.

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.

При формировании регламента маршрутизации пациентов с ВиППКС рекомендовано отразить следующую информацию:

1. В Республике Дагестан медицинских организаций, имеющих возможность выполнения операций протезирования / реконструкции клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения и опытом проведения подобных операций не менее 100 в год нет.

Все пациенты с данной патологией в соответствии приказов Минздрава РД от 13.02.2024 №43-Л «О Центральной врачебно-консультативной комиссии ГБУ РД «РКД» по отбору больных на высокотехнологическое лечение», от 09.04.2025 №25-М «О создании Комиссии Министерства здравоохранения Республики Дагестан по отбору и направлению жителей Республики Дагестан на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, и признании утратившими силу некоторых нормативных правовых актов» после консультации кардиолога ГБУ РД «РКД» и сердечно-сосудистого хирурга ГБУ РД «НКО ДЦКиССХ» при выявлении показаний на выполнения операций протезирования / реконструкции клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения направляются в Федеральные центры.

2. Схема взаимодействия МО в рамках лечения пациентов с ВиППКС, содержащая:

2.1. Алгоритм направления пациента с выявленными клиническими признаками ВиППКС на ЭХОКГ;

2.1.1. Первичное обращение в медицинскую организацию по месту прикрепления к врачу терапевту.

2.1.2. Врач терапевт при выявление ниже приведенных критериев, направляет пациента на консультацию к врачу кардиологу

- боли или дискомфорт в области сердца, особенно связанные с физической или эмоциональной нагрузкой;

- одышка, возникающая как при физической активности, так и в состоянии покоя;
- ощущение перебоев в работе сердца, учащённое или, наоборот, замедленное сердцебиение, различные виды аритмий;
- головокружения и обморочные состояния, если их причина не установлена другими методами;
- выявление шумов в сердце во время аусcultации (прослушивания) врачом;
- повышенное артериальное давление (артериальная гипертензия) — для оценки степени его влияния на сердечную мышцу и клапанный аппарат.

2.1.3. После проведенной консультации и выявление показаний, пациент направляется на эхокардиографию (ЭхоКГ, УЗИ сердца) по направлению врача-кардиолога.

Исследование проводят как для постановки и уточнения диагноза, так и для отслеживания динамики лечения.

Алгоритм направления включает обсуждение показаний, выявление противопоказаний, подготовку пациента и интерпретацию результатов.

- Алгоритм консультации специалистов по результатам исследования с возможностью выполнения повторного ЭХОКГ экспертного класса и других методов исследования;
- Критерии направления на консультацию врача-ССХ, врача по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению;

После проведенной исследования - эхокардиографии (ЭхоКГ, УЗИ сердца) пациент возвращается к врачу-кардиологу, который по результатам исследования принимает решения о выдаче направления по форме 057/у-04 на проведение консультации в ГБУ РД «РКД» врача-кардиолога и сердечно-сосудистого хирурга.

При выявлении показаний на выполнения операций протезирования / реконструкции клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения пациент направляется на Центральную врачебно-консультативную комиссию.

- Принципы принятия решения о дальнейшей тактике лечения, включающие обсуждение мультидисциплинарной командой тактики лечения и определение возможности и необходимости оперативного вмешательства;
- Алгоритм направления на кардиохирургическое лечение, включая федеральные МО.

В соответствии приказа Минздрава РД от 13.02.2024 №43-Л «О Центральной врачебно-консультативной комиссии ГБУ РД «РКД» по отбору больных на высокотехнологическое лечение»

1. Заседания комиссии проводятся еженедельно.
2. Комиссия дает заключение о качестве лечебно-диагностического процесса и возможности проведения оперативного лечения.

3. Резюме о результатах обсуждения каждого случая фиксируется в направительном бланке ЦВКК и медицинской документации больного.
4. Председатель комиссии представляет администрации медицинской организации, направившего больного, краткое резюме о выявленных дефектах для информации и принятия, необходимых мер.
5. Заседания комиссии оформляется специальным протоколом, который хранится у секретаря комиссии.
6. Документы представляются пациентами (или их представителями) лечащему врачу за 7 дней до проведения комиссии с целью своевременной и правильной подготовки, представленные позже документы на текущей комиссии не рассматриваются и переносятся на следующую комиссию.
7. Комиссия в течение 10 рабочих дней со дня проведения документов через ЦВКК передает их на комиссию Минздрава РД по ВМП.
8. В течение 1 полного рабочего дня с момента представления полного пакета документов на направления в экстренном (срочном) порядке на оперативное, консервативное лечение председатель комиссии (или его представитель) передает их на комиссию Минздрава РД по ВМП.

3. Алгоритм взаимодействия МО и служб, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ВиППКС, включая межтерриториальное взаимодействие с МО регионального и федерального уровней.

Центральная врачебно-консультативная комиссия ГБУ РД «РКД» при необходимости организует коллегиальное обсуждение и принятия решения по наиболее значимым вопросам диагностики, выбора лечения, реабилитации и сердечно-сосудистыми заболеваниями и перенесшими операции на сердце и сосудах с МО регионального и федерального уровней в режиме телемедицинской консультации.

4. Список контактов для взаимодействия с ответственными лицами и службами МО, задействованных в оказании медицинской помощи пациентам с ВиППКС.

5. Механизм учета пациентов, перенесших хирургическое вмешательство, по поводу ВиППКС, в том числе за пределами субъекта Российской Федерации. Учет возможен в рамках отдельного регистра/реестра.

Организован персонифицированный учет больных, перенесших хирургическое вмешательство, по поводу ВиППКС, в рамках ведение Республиканского сегмента регистра больных ХСН на территории Республики Дагестан.

4.11. Регламент маршрутизации пациентов с нарушением липидного обмена

Настоящий регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи пациентам с нарушением липидного обмена.

Для целей настоящего регламента к нарушениям липидного обмена относятся состояния, соответствующие кодам E78.0-E78.6, E78.8-E78.9 международной классификации болезней десятого пересмотра.

1. Положение о липидном центре ГБУ РД «ГКБ»

1. Общие положения:

1.1. Липидный центр (далее - Центр) организуется на базе ГБУ РД «ГКБ» (далее - Больница) на функциональной основе.

1.2. Центр в своей деятельности руководствуется действующим законодательством, нормативными документами Минздрава России, министерства здравоохранения Нижегородской области, а также настоящим Положением.

1.3. Общее руководство деятельностью Центра осуществляют главный врач Больницы.

1.4. Центр предназначен для оказания квалифицированной специализированной медицинской помощи пациентам с осложненными формами нарушений липидного обмена.

1.5. Деятельность Центра осуществляется во взаимодействии со всеми структурными подразделениями Больницы и другими медицинскими организациями по вопросам диагностики и лечения нарушений липидного обмена.

2. Основной целью создания Центра является удовлетворение потребностей населения региона в специализированной амбулаторной помощи пациентам с тяжелыми формами нарушений липидного обмена и повышение эффективности лечения данной категории пациентов.

3. Центр:

3.1. Активно выявляет, осуществляет динамическое наблюдение, лечение лиц с тяжелыми нарушениями липидного обмена, включая наследственные нарушения липидного обмена, раннее агрессивное течение атеросклероза, в том числе мультифокального характера, непереносимостью липидснижающей терапии.

3.2. Осуществляет планирование, организацию и ведение регистра пациентов с наследственными нарушениями липидного обмена и с доказанной непереносимостью статинов.

3.3. Организует семинары и конференции для врачей кардиологов, терапевтов, неврологов, посвященные проблемам диагностики, эффективным методам первичной и вторичной профилактики и инвазивного лечения нарушений липидного обмена.

3.4. Организует школы здоровья для пациентов с дислипидемиями и их родственников, подготовку методических руководств по проведению школ для пациентов. Осуществляет просветительскую деятельность среди населения.

3.5. Внедряет новые методы обследования и лечения в соответствии с клиническими рекомендациями. Участвует в проведении клинических исследований новых лекарственных средств, апробации немедикаментозных подходов к лечению нарушений липидного обмена.

3.6. Ежегодно анализирует статистические данные по частоте выявления и развитию сердечно-сосудистых событий у пациентов с дислипидемиями в Республике Дагестан.

3.7. Предоставляет в ГБУ РД «РКД» отчет о деятельности Центра при сдаче ежеквартальных отчетов.

2. В липидный центр направляются:

2.2. Пациенты с высокой гиперхолестеринемией (значения концентраций в крови общего холестерина $>7,5$ ммоль/л, или фракции холестерина липопротеидов низкой плотности $>4,9$ ммоль/л, или триглицеридов >10 ммоль/л), требующей подбора высокодозовой и/или комбинированной терапии липидснижающими препаратами.

2.1. Пациенты с уровнем общего холестерина венозной крови >10 ммоль/л и/или уровень ХС ЛНП венозной крови $>7,5$ ммоль/л и/или уровень триглицеридов венозной крови >10 ммоль/л;

2.2. Пациенты с уровнем общего холестерина венозной крови $>8,0$ ммоль/л и/или уровень ХС ЛНП венозной крови $>5,0$ ммоль/л и/или уровень триглицеридов $>5,0$ ммоль/л и/или уровень липопротеида(а) >50 мг/дл в сочетании с семейным анамнезом раннего (до 55 лет у мужчин, до 60 лет у женщин) ССЗ атеросклеротического генеза (ишемическая болезнь сердца, в том числе перенесенный инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, атеросклеротическое заболевание брахиоцефальных/периферических артерий со значимым стенозированием сосудов);

2.3. Пациенты, имеющие ранний персональный анамнез (до 40 лет) ССЗ атеросклеротического генеза;

2.4. При недостижении пациентами целевых значений атерогенных показателей липидного профиля {ХС ЛНП, ТГ, лп(а)} в категории пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска как в зоне первичной, так и вторичной профилактики, согласно КР на фоне гиполипидемической терапии в максимально переносимых дозах длительностью не менее 3 месяцев или при ее непереносимости, в том числе для определения показаний к инициации инновационной гиполипидемической терапии и/или эфферентным методам коррекции нарушений липидного обмена;

2.5. Пациенты с ранним развитием сердечно-сосудистых заболеваний и/или реваскуляризаций сосудистых бассейнов (до 55 лет), требующие "агрессивной" вторичной профилактики.

2.6. Пациенты с подозрением на непереносимость липидснижающей терапии, из-за развития побочных эффектов, или ее недостаточной эффективностью.

2.7. Пациенты в сложных клинических ситуациях (сочетанная патология) для решения вопроса о гиполипидемической терапии.

2.8. Алгоритм оказания консультативной помощи в липидном центре ГБУ РД «ГКБ»

2.8.1. Общие положения.

2.8.1.1. Алгоритм оказания консультативной помощи в липидном центре (далее - Алгоритм) регламентирует вопросы оказания медицинской помощи гражданам в липидном центре городского кардиологического диспансера.

2.8.1.2. Медицинская помощь больным оказывается в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации: федеральными законами, постановлениями Правительства РФ, приказами Минздрава России; нормативными правовыми документами министерства здравоохранения Республики Дагестан.

2.8.1.3. Пациентам оказывается плановая специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях, а также в режиме телемедицинских консультаций - врач-врач, при наличии показаний возможно оказание плановой специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи стационарно в условиях кардиологического отделения.

3. График работы и контакты.

3.1. Пациенты могут направляться в липидный центр терапевтами, кардиологами, сосудистыми хирургами, ангионеврологами по предварительной записи в регистратуре ГБУ РД «ГКБ» по телефону с направлением установленной формы 057/у-04 (консультативный прием), полисом ОМС, результатом анализа липидограммы и представлением справки 027/у - выписка из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного.

3.2. График работы центра: понедельник - пятница с 08:00 до 16:00
Адрес липидного центра: г. Махачкала, ул Лаптиева 89.

3.3. Информация для врачей:

- 1) http://www.scardio.ru/content/Guidelines/rek_lipid_2012.pdf
- 2) <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Dyslipidaemias-Management-of>
- 3) Липидология.рф
- 4) www.noatero.ru
- 5) www.scardio.ru

6) www.ORPHA.net

7) маршрутизация пациентов

3.4. Информация для пациентов:

1) Липидология.рф

2) www.noatero.ru

4. Алгоритм диагностики и оказания помощи пациентам с нарушениями липидного обмена с отображением (при наличии возможности) маршрутизации для направления на дуплексное сканирование сонных и/или бедренных артерий, генетическое тестирование по показаниям, в том числе в федеральные МО.

4.1. Всем лицам старше 40 лет рекомендуется скрининг, включающий анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический (липидный профиль) с целью стратификации сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE2

4.2. Пациентам с дислипидемией рекомендуется лабораторное исследование с определением уровня глюкозы, креатинина, мочевины, общего билирубина в крови, определение активности АЛТ, АСТ, КФК в крови и общий (клинический) анализ крови.

4.3. Определение уровня ХС ЛВП в крови рекомендовано всем пациентам для дополнительной оценки риска в системе SCORE2.

4.4. У всех пациентов старше 40 лет рекомендовано определять уровень ХС ЛНП как главный показатель оценки сердечно-сосудистого риска

4.5. Пациентам высокого/очень высокого риска рекомендуется, кроме уровня ХС ЛНП, ХС нелВП в крови.

4.6. У пациентов с ГТГ, СД, ожирением, метаболическим синдромом рекомендовано проводить лабораторную оценку ХС нелВП – для более точной оценки сердечно-сосудистого риска.

4.7. В случаях, когда трактовка сердечно-сосудистого риска вызывает затруднения(сомнения) в особенности у пациентов с ГТГ, СД, ожирением, метаболическим синдромом рекомендовано лабораторное исследование уровня атерогенного аполипопротеина В100.

4.8. Хотя бы раз в жизни у любого взрослого рекомендовано измерить уровень Лп(а) в крови. При значении $\text{Лп}(а) > 180 \text{ мг/дл}$ риск эквивалентен гетерозиготной СГХС.

4.9. У пациентов с отягощённым семейным анамнезом рекомендовано измерять уровень Лп(а) в крови. Уровень $\text{Лп}(а) > 50 \text{ мг/дл}$ ассоциируется с увеличением сердечно-сосудистого риска.

Комментарии. Принципы определения уровня липидов сыворотки крови: традиционно образцы крови для анализа липидов берутся натощак, однако последние исследования говорят о том, что колебания концентрации липидов плазмы крови незначительны в зависимости от приема пищи. Однако у лиц с ГТГ забор крови рекомендуется проводить натощак.

Референсный метод определения уровня ХС ЛНП является многостадийным:

- 1) ультрацентрифугирование в плотности 1,006 г/мл в течение 18 часов для удаления липопротеидов, богатых ТГ (ХМ и ЛОНП);
- 2) выделение донной фракции (плотности 1,006 г/мл) и преципитация в ней липопротеидов, содержащих апоВ смесью гепарин и MnCl₂ для выделения ЛВП;
- 3) определение концентрации ХС в донной фракции и супернатанте референсным методом для определения ХС (модифицированный метод Абеля-Кендалла);
- 4) вычисление ХС ЛНП как разности для значений ХС в донной фракции и ХС ЛВП. Препартивное выделение методом ультрацентрифугирования в солевом растворе определенной плотности позволяет изолировать ЛНП и определить их состав.

Длительность и трудоемкость ультрацентрифугирования привела к разработке методов, более доступных для лабораторной практики. Самым распространенным способом определения уровня ХС ЛНП в клинических лабораториях является расчетный. В этом случае необходимо определить уровень ХС, ТГ и ХС ЛВП в крови и концентрацию ХС ЛВП в супернатанте после преципитации липопротеидов, содержащих апоВ (ЛОНП и ЛНП), и вычислить значение концентрации ХС ЛНП по формуле Фридвальда:

$$\text{ХС ЛНП (в мг/дл)} = \text{общий ХС} - \text{ХС ЛВП} - \text{ТГ}/5$$

$$\text{ХС ЛНП (в ммоль/л)} = \text{общий ХС} - \text{ХС ЛВП} - \text{ТГ}/2,2$$

В основе этой формулы лежат два допущения: 1) большая часть ТГ плазмы находится в ЛОНП; 2) массовое отношение ТГ/ХС в ЛОНП равно 5:1.

Формула Фридвальда позволяет получить значения ХС ЛНП, сопоставимые с полученными референсным методом при ТГ < 200 мг/дл, при концентрации 200–400 мг/дл возможна ошибка рассчетов. Применение этой формулы при концентрации ТГ > 400 мг/дл, наличии хиломикронов (ХМ), ДЛП III типа приводит к завышению содержания ХС ЛОНП и занижению ХС ЛНП и не позволяет получить сопоставимые результаты. В настоящее время разработаны прямые методы выделения ЛНП, пригодные для использования в клинико-диагностической лаборатории [5]. Исследовать уровень липидов с целью скрининга для определения риска не обязательно натощак. Однако при таком определении уровня липидов риск может быть недооценен у больных сахарным диабетом, так как в одном исследовании пациенты с диабетом имели на 0,6 ммоль/л ниже ХС ЛНП после приема пищи [8]. В последующем, для уточненной и дальнейшей характеристики тяжелых ДЛП, а также для наблюдения пациентов, рекомендуется определять уровень липидов натощак.

4.10. Пациентам с клиническими проявлениями СГХС (ССЗ у мужчин моложе 55 лет и женщин моложе 60 лет, ксантоматоз, гиперхолестеринемия (ХС ЛНП >5 ммоль/л. у взрослых, >4 ммоль/л. у детей) для установления клинического диагноза СГХС рекомендуется использовать диагностические критерии Голландских липидных клиник (Dutch Lipid Clinic Network - DLCN)

Критерий	Баллы
1. Наследственный анамнез	
Раннее (у мужчин < 55 лет; у женщин < 60 лет) развитие ССЗ или уровень ХС ЛНП выше 95-й процентили у ближайшего родственника	1
Наличие сухожильных ксантом у ближайшего родственника или уровень ХС ЛНП выше 95-й процентили у детей младше 18 лет	2
2. Персональный анамнез	

Раннее развитие ССЗ (у мужчин < 55 лет; у женщин < 60 лет)	2
Раннее развитие атеросклеротического поражения церебральных/периферических артерий (у мужчин < 55 лет; у женщин < 60 лет)	1
3. Физикальное обследование <*>	
Сухожильные ксантомы	6
Липидная дуга роговицы < 45 лет	4
4. Уровень ХС ЛНП	
> 8,5 ммоль/л	8
6,5 - 8,4 ммоль/л	5
4,9 - 6,4 ммоль/л	3
4,0 - 4,8 ммоль/л	1
5. Анализ ДНК	
Функциональная мутация генов LDLR, АРОВ или PCSK9	8

<*> исключают друг друга (т. е. максимум 6 баллов). ССЗ - сердечно-сосудистое заболевание, ХС ЛНП - холестерин липопротеидов низкой плотности, СГХС - семейная гиперхолестеринемия.

Ключ (интерпретация): Диагноз ставится на основании суммы баллов: "определенная" СГХС - > 8 баллов, "предположительная" ИЛИ "вероятная" СГХС - 6 - 8 баллов, "возможная" СГХС - 3 - 5 баллов, "маловероятная" СГХС - 0 - 2 баллов.

4.11. Инструментальные диагностические исследования

Неинвазивные методы визуализации могут обнаружить наличие, оценить степень и оценить клинические последствия атеросклеротического повреждения сосудов. Визуализация коронарных артерий с помощью компьютерной томографии (КТ) сердца и сонных артерий методом дуплексного сканирования экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий являются информативными в выявлении атеросклеротического поражения артерий. Обнаружение кальцификации коронарной артерии с помощью неконтрастной КТ дает хорошую оценку атеросклеротической нагрузки и тесно связано с ССО. КТ-ангиография имеет высокую чувствительность 95-99% и специфичность 64-83% для диагностики ИБС. Для скрининга атеросклероза коронарных артерий может использоваться кальциевый индекс (КИ), определяемый при КТ по Agatston. Это исследование позволяет обеспечить дополнительную стратификацию риска, имеет меньшую

стоимость, не требует внутривенного введения контрастных веществ. Использование КИ улучшает как дискриминацию, так и реклассификацию категории риска. Оценка атеросклеротических бляшек в сонной или бедренной артерии с помощью ультразвука является прогностическим фактором сердечно-сосудистых событий, сравнимым с КИ [30, 31], в то время как измерение толщины интимы-медиа сонной артерии уступает КИ и наличию бляшек в сонной артерии и не используется в качестве стратификатора риска.

У бессимптомных лиц с умеренным риском наличие КИ > 100 единиц по Agatston и наличие атеросклеротических бляшек в сонной или бедренной артерии по данным дуплексного сканирования может перевести их в категорию более высокого риска. При этом КИ невысок и имеет низкую специфичность у пациентов моложе 45 лет с тяжелой СГХС, включая гомозиготную СГХС (гоСГХС).

Всем пациентам с дислипидемией рекомендовано дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий

У пациентов с выявленными атеросклеротическими бляшками в сонной или бедренной артерии по данным дуплексного сканирования рекомендовано реклассифицировать категорию риска от низкого и умеренного до высокого с целью эффективного управления определяющими риск факторами [34, 35, 50].

У пациентов с коронарным атеросклерозом и значением КИ выше 100 единиц по данным КТ сердца рекомендовано реклассифицировать категорию риска от низкого и умеренного до высокого с целью эффективной корекции факторов риска.

4.12. Иные диагностические исследования

Иные диагностические исследования в рамках диагностики ДЛП не предусмотрены, возможно расширение диагностических исследований по решению врача в зависимости от клинической ситуации и состояния пациента.

Оценка сердечно-сосудистого риска

- У всех бессимптомных взрослых старше 40 лет, без ССЗ, СД, ХБП, СГХС, с ХС ЛНП $< 4,9$ ммоль/л рекомендуется проведение скрининга для оценки общего риска с использованием шкалы SCORE2.
- Пациентов с установленными ранее ССЗ, СГХС, СД, ХБП 3-5 стадий, очень высоким риском по шкале SCORE2 или уровнем ХС ЛНП $>4,9$ ммоль/л рекомендовано относить к категории высокого или очень высокого риска с целью эффективного управления определяющими ФР.

Комментарии. В РФ для расчета риска фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений в процентах в течение ближайших 10 лет следует использовать шкалу SCORE2 для стран с высоким сердечно-сосудистым риском. Для оценки риска по шкале SCORE2 следует выбрать квадрат в зависимости от пола, возраста и статуса курения пациента. В найденном квадрате

следует отыскать ячейку, наиболее соответствующую уровню систолического АД и ХС нелВП данного пациента. Оценка риска по шкале SCORE2 не рекомендована у лиц с подтвержденным ССЗ, СД, ХБП, с единственным, но выраженным ФР (например, тяжелая АГ), с СГХС. Такие пациенты автоматически относятся к группе очень высокого и высокого риска ССО и требуют интенсивной коррекции ФР. Наличие стеноза более 50% в крупных (магистральных) артериях любого сосудистого бассейна по данным любых инструментальных методов исследования, даже в отсутствие клинических симптомов, также переносит пациента в категорию очень высокого риска. Следует обратить особое внимание на выделение внутри категории очень высокого риска категории экстремального риска. К экстремальному риску следует относить: наличие 2 и более сердечно-сосудистых осложнений в течение 2 лет, несмотря на оптимальную гиполипидемическую терапию и/или достигнутый уровень ХС ЛНП $<1,4$ ммоль/л. Под атеросклеротическим сердечно-сосудистым заболеванием (АССЗ) подразумевают все проявления ИБС, ишемический инсульт или транзиторное нарушение мозгового кровообращения, атеросклероз артерий нижних конечностей.

- Пациентов с СГХС и АССЗ рекомендовано относить к категории очень высокого риска с целью эффективного управления определяющими ФР.
- Пациентов с СГХС без АССЗ рекомендовано относить к категории высокого риска с целью эффективного управления определяющими ФР.

5. Порядок информационного взаимодействия МО, включенных в регламент маршрутизации пациентов с нарушениями липидного обмена, и информационного обеспечения реализации программы по получению льготных лекарственных препаратов с учетом действующей системы льгот реализуется в медицинской информационной системе ГИС «РФ ЕГИСЗ РД».

6. Обеспечение организационно-методического взаимодействия и передачи данных о пациентах в региональный Центр управления сердечно-сосудистыми рисками не предусмотрена в виду планирования открытия Центр управления сердечно-сосудистыми рисками в 2030 году.

Обеспечение организационно-методического взаимодействия и передачи данных о пациентах проводится на уровне липидного центра организованного на базе ГБУ РД «ГКБ».

4.12. Регламент телемедицинских консультаций пациентам с ССЗ

Настоящий регламент регулирует вопросы проведения ТМК пациентам с ССЗ (далее – Регламент ТМК), в случае если данные вопросы недостаточно регламентированы в иных региональных нормативно-правовых актах. Региональный регламент формируется на основании и в соответствии с Приказом № 193н (вступает в силу с 01.09.2025 года) и Приказом № 965н (утрачивает силу 01.09.2025).

1. Телемедицинские консультации с национальными медицинскими исследовательскими центрами Министерства здравоохранения Российской Федерации проводятся посредством Федеральной телемедицинской системы (ФТМС) и подсистемы «Телемедицинские консультации» ЕГИСЗ.

Вместе с тем для повышения доступности и качества оказания медицинской помощи больным, в том числе проживающим в труднодоступных и отдаленных населенных пунктах Республики Дагестан, в ГИС «РФ ЕГИСЗ РД» функционирует централизованная подсистема «Телемедицинские консультации», позволяющая проводить консультации и (или) консилиумы в режиме «врач – врач» с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников одного учреждения между собой либо с медицинскими работниками учреждений II – III уровней.

Ежегодно медицинские организации все чаще применяют телемедицинские технологии в процессе оказания медицинской помощи, так за 2024 год было проведено 18402 телемедицинских консультаций в режиме «врач – врач», при этом за 2023 год таких консультаций проведено всего 2 480

С 2023 году подсистема «Телемедицинские консультации» (далее – подсистема) получила развитие с целью обеспечения следующих возможностей:

- проведение телемедицинских консультаций в режиме «врач–пациент», в том числе по видеосвязи;

- предоставление пациентам мобильного приложения для дистанционных коммуникаций с врачом;

- реализация дистанционного наблюдения за состоянием здоровья.

Новый функционал подсистемы внедрен с декабря 2023 года, за это время в режиме «врач – пациент» проведено более 300 телемедицинских консультаций.

Порядок организации и проведения консультаций/консилиумов при помощи телемедицинских технологий при проведении тромболитической терапии (далее – ТЛТ) при инфаркте мозга при наличии ограниченной (постоянной или сезонной) транспортной доступности и/или длительного

времени медицинской эвакуации на территории субъекта Республики Дагестан.

2. В 2024 году работа была организована в соответствии приказов Минздрава РД от 09.06.2021 г. № 817-Л «Об организации и оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий», от 02.07.2021 г. № 925-Л О внедрении телемедицинских технологий в практику оказания медицинской помощи в государственных медицинских организациях Республики Дагестан с использованием централизованной подсистемы «Телемедицинские консультации» государственной информационной системы «Региональный фрагмент Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения Республики Дагестан», Приказ Минздрава РД от 11.10.2021 г. № 1271-Л «Об оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

В 2025 году планируется актуализировать приказ Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 11.08.2023 г. № 557-Л «О совершенствовании взаимодействия медицинских организаций Республики Дагестан, участвующих в реализации мероприятий, направленных на совершенствования оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями (ОНМК)», дополнив его порядком организации и проведения консультаций/консилиумов при помощи телемедицинских технологий при проведении тромболитической терапии (далее – ТЛТ) при инфаркте мозга при наличии ограниченной (постоянной или сезонной) транспортной доступности и/или длительного времени медицинской эвакуации на территории субъекта Республики Дагестан.

3. Определены головные МО (ведущие РСЦ), ответственные за маршрутизацию пациентов с острыми сердечно-сосудистыми состояниями.

Таблица №46

Дистанционный консультативный центр медицинской организации 3 уровня (на базе которой организован головной РСЦ) ГБУ РД «РКБ им. Вишневского»
Дистанционный консультативный центр РСЦ 2 – ГБУ РД «РКБСМП»
Дистанционный консультативный центр РСЦ 3 – ГБУ РД «ГКБ»
Дистанционный консультативный центр РСЦ 4 ГБУ РД «Хасавюртовская ЦГБ»
Дистанционный консультативный центр РСЦ 5 ГБУ РД «Дербентская ЦГБ»

4. Регламент ТМК может содержать информацию об алгоритме действий врача при направлении на ТМК, в том числе в федеральные МО.

Формы ТМК:

а) в экстренной форме - при внезапных острых заболеваниях, состояниях,

обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни больного;

б) в неотложной форме - при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни больного;

в) в плановой форме - при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни больного, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния больного, угрозу его жизни и здоровью.

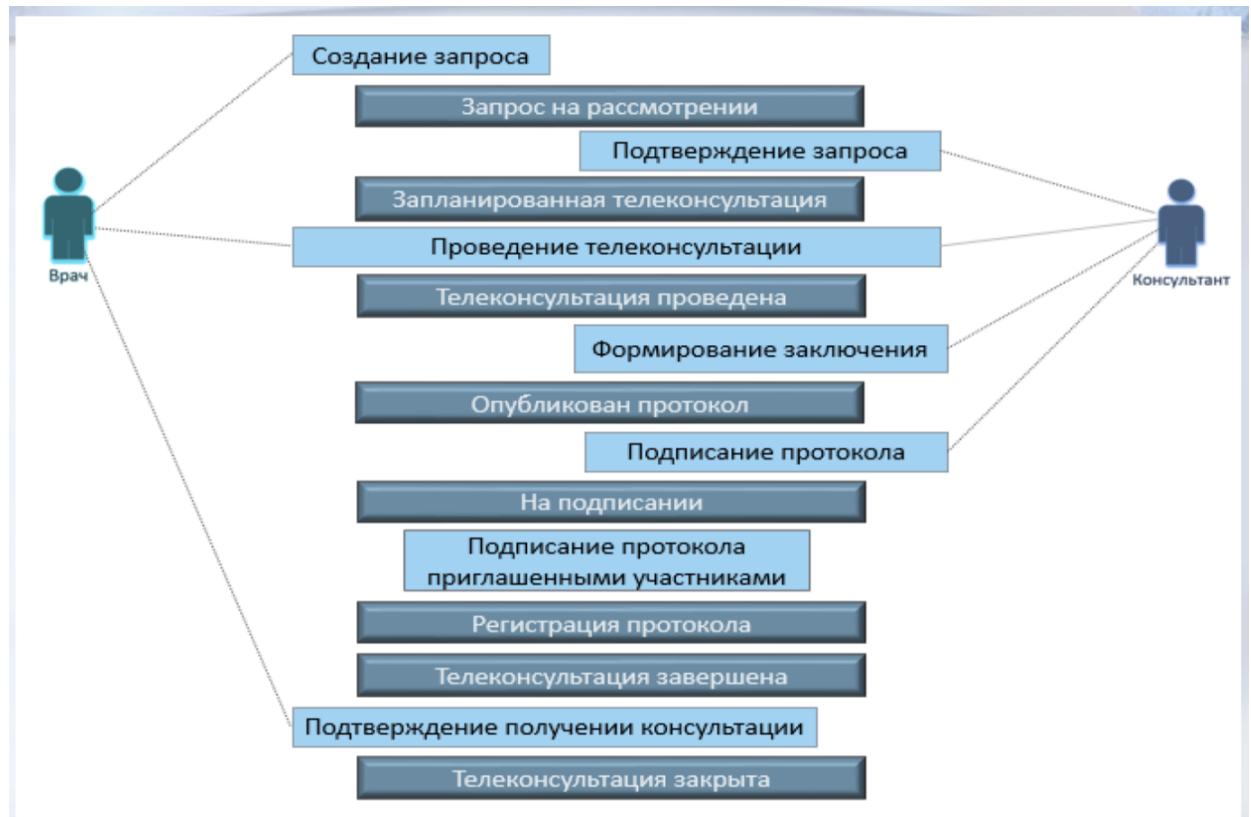
Сроки оказания ТМП = сроки Программы госгарантий

• экстренная ТМП- от 30 минут до 2 часов с момента поступления запроса на проведение консультации в консультирующую медицинскую организацию

- Неотложная ТМП- от 3 до 24 часов с момента поступления запроса
- Плановая ТМП-14 рабочих дней
- Платная ТМП- согласно договора

Лечащий врач готовит документы, формирует Направление на консультацию и согласует его с медицинской организацией проводящей ТМК

Схема №6



5. ТМК организуются и проводятся в МО в соответствии с трехуровневой системой оказания медицинской помощи, в целях определения тактики диагностики, лечения и медицинской реабилитации, оценки эффективности лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента. Консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий проводятся в экстренной, неотложной и плановой форме.

Количество проведенных консультаций/консилиумов пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями на начало года разработки (актуализации) РП «БССЗ» в режиме «врач-врач» регистрируется в форме таблицы

Таблица №47

Дистанционный консультативный центр РСЦ 5 ГБУ РД «Дербентская ЦГБ»								
Дистанционный консультативный центр ПСО 1 ГБУ РД «Кизлярская ЦГБ»								
Дистанционный консультативный центр ПСО 2 Буйнакская ЦГБ								

ТМК – телемедицинская консультация, БСК – болезни системы кровообращения, РСЦ – региональный сосудистый центр; ПСО – первичное сосудистое отделение; ЦРБ – центральная районная больница; СМП – скорая медицинская помощь; ОКС – острый коронарный синдром

6. При проведении ТМК в экстренном и плановом порядке рекомендовано формирование отдельных чек-листов по нозологиям с указанием основных позиций, которые должны быть отражены в медицинской документации, направляемой на ТМК.

7. При проведении консультаций пациентов и (или) их законных представителей с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного пациенту лечения и реабилитации, в том числе формирование рецептов на лекарственные препараты в форме электронного документа, при условии установления лечащим врачом диагноза и назначения лечения по данному обращению на очном приеме (осмотре, консультации).

8. В случае обращения пациента без предварительного установления диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации) в медицинское заключение при необходимости включать рекомендации пациенту или его законному представителю о необходимости проведения предварительных обследований в случае принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

9. Регламентом ТМК в соответствии с приказами Минздрава РД определены группы ДН пациентов с ССЗ, подлежащих программам дистанционного мониторинга с определением спектра витальных показателей и возможности оценки комплаентности назначаемой терапии, а также определены сроки проведения программы в рамках ДН.

10. Региональные регистры/реестры и аналитические системы, предназначенные для оценки качества и эффективности оказания медицинской помощи пациентам с ССЗ реализованы в ГИС «РФ ЕГИСЗ РД».

Приложение № 3
к приказу Минздрава РД
от «30» сентября 2025 г. № 271-Л

V. СОЗДАНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОПЕРАТИВНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕГЛАМЕНТОВ МАРШРУТИЗАЦИИ

1. С целью формирования системы оперативного мониторинга, анализа и реагирования на базе ГБУ РД «Республиканская клиническая больница им. А.В. Вишневского» (далее – ГБУ РД «РКБ») создается специализированная структура – Центра управления сердечно-сосудистыми рисками Республики Дагестан (далее- ЦУССР РД)

2. ЦУССР РД организуется в структуре ГБУ РД «РКБ», оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь при БСК, и осуществляет свою деятельность во взаимодействии с МО на территории Республики Дагестан и курирующими Национальными медицинскими исследовательскими центрами по профилям¹.

2.1. Центр возглавляет руководитель, назначаемый на должность и освобождаемый от должности главным врачом, соответствующий Квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинская наука», утвержденным приказом Министерства здравоохранения РФ от 2 мая 2023 г. № 206н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием» по специальности «Лечебное дело» и прошедший подготовку по специальности «кардиология».

2.2. Структура Центра и штатная численность медицинского персонала устанавливается главным врачом ГБУ РД «РКБ» по согласованию с Министерством здравоохранения Республики Дагестан.

2.3. Финансирование ЦУССР РД осуществляется за счет источников, разрешенных действующим законодательством Российской Федерации и в пределах утвержденного плана финансово-хозяйственной деятельности ГБУ «РКБ» на текущий год.

3. ЦУССР РД создается с целью осуществления организационно-методической деятельности по вопросам совершенствования медицинской помощи при ССЗ, консультативной поддержки медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь пациентам с ССЗ, в том числе с использованием телемедицинских технологий, анализа качества медицинской помощи пациентам с ССЗ и координации мероприятий, направленных на профилактику развития и прогрессирования ССЗ, осуществляемых МО на территории Республики Дагестан.

4. Функциональными задачами ЦУССР РД в рамках развития помощи пациентам с ССЗ являются:

- Организация работы главных внештатных медицинских специалистов Республики Дагестан и их взаимодействия с главными внештатными медицинскими специалистами федеральных округов и Министерства здравоохранения Российской Федерации;
- Анализ и оценка организации оказания медицинской помощи в Республике Дагестан с выработкой рекомендаций МО, подведомственных органу исполнительной власти Республики Дагестан в сфере охраны здоровья, по совершенствованию оказания медицинской помощи в Республике Дагестан, достижению ключевых показателей деятельности и мониторингом выполнения указанных рекомендаций и реализации мер;
- Разработка и внедрение мероприятий, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи, снижение показателей заболеваемости, смертности, больничной летальности и инвалидности в Республике Дагестан;
- Определение подходов и возможности применения в МО, расположенных на территории Республики Дагестан, современных методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, используемых в мировой и отечественной медицинской практике;
- Методическое сопровождение внедрения и развития медицинских информационных систем в МО, расположенных на территории Республики Дагестан;
- Оказание консультативной и организационно-методической помощи врачам МО, расположенных на территории Республики Дагестан, по вопросам профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации пациентов, в том числе путем проведения консультаций с применением телемедицинских технологий медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь, и (или) участия в консилиуме врачей, в том числе с применением телемедицинских технологий;
- Обеспечение ведения и консультаций пациентов с тяжелыми формами заболеваний;
- Обеспечение преемственности и координацию деятельности МО, расположенных на территории Республики Дагестан, по вопросам оказания медицинской помощи, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;
- Сбор, обобщение и анализ качественных и количественных показателей оказания медицинской помощи, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения на территории Республики Дагестан, в том числе с представлением данной информации с помощью информационно-аналитических систем с возможностью формирования отдельных дашбордов по показателям деятельности;

- Фактическое содержание дашбордов должно учитывать возможны пути пациентов при отдельных ССЗ и формироваться индивидуально с учетом действующих региональных целевых значений показателей, региональных особенностей маршрутизации, а также особенностей работы отдельных МО, входящих в систему оказания медицинской помощи пациентам с ССЗ;
- Реализация мероприятий, направленных на профилактику ССЗ, и формирование здорового образа жизни, включая повышение охвата населения профилактическими осмотрами и диспансеризацией, пропаганды здорового образа жизни медицинскими работниками, повышение охвата профилактическим консультированием с целью ранней и наиболее полной коррекции выявленных поведенческих и биологических факторов риска;
- Изучение, обобщение и анализ опыта работы МО, расположенных на территории Республики Дагестан, а также формирование предложений по его улучшению;
 - Координация организационно-методической работы в МО, расположенных на территории Республики Дагестан.

5. Представление и обсуждение данных проводится на регулярной основе с последующим формированием комплексных мер, направленных на улучшение медицинской помощи пациентам с ССЗ в Республике Дагестан.

6. ЦУССР РД имеет право
 - 6.1. Вносить предложения на рассмотрение главного врача ГБУ РД «РКБ» по вопросам, относящимся к компетенции ЦУССР РД.
 - 6.2. Запрашивать и получать от работников и структурных подразделений ГБУ РД «РКБ» информацию, необходимую для реализации задачи, возложенных на ЦУССР РД.
 - 6.3. Предоставлять работникам структурных подразделений ГБУ РД «РКБ» разъяснения по вопросам, связанным с работой ЦУССР РД.
 - 6.4. Проводить совещания по вопросам, входящим в компетенцию ЦУССР РД и принимать участие в таких совещаниях.
 - 6.5. Инициировать организацию тематических конференций с целью популяризации знаний и внедрения эффективных методик лечения в практику.
 - 6.6. Представительствовать от имени ГБУ РД «РКБ» по вопросам, относящимся к компетенции ЦУССР РД.
 - 6.7. Осуществлять иные права в соответствии с законодательством Российской Федерации.

¹ В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.01.2022 № 19н «Об утверждении Типового положения о краевой (республиканской, областной, окружной) больнице»