

Алгоритм диспансерного наблюдения пациентов ХСН и маршрутизация на диагностические обследования

Диспансерное наблюдение осуществляется согласно приказу Минздрава России от 15.03.2022 №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» и приказу Минздрава России № 918н от 05.11.2015 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», представленному в приложении № 4 к настоящему регламенту.

При посещении пациента с ХСН и заполнении талона посещения обязательно указывать код основного заболевания (20.0-25.9), сопутствующего диагноза (I48.0-I48.9) и осложнения (I 50.0- I50.9) для формирования списков включения в регистр БСК с целью лекарственного обеспечения данной группы.

В дальнейшем необходимо обеспечить взятие под ДН пациентов с ХСН и выделить группу пациентов, состоящих на ДН с диагнозом ИБС в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка 40% и ниже, лекарственными препаратами из перечня льготных лекарственных препаратов для обеспечения таких пациентов, утвержденного 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 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» (за исключением лиц, имеющих право на получение социальной услуги в виде обеспечения лекарственными препаратами в соответствии с Федеральным законом «О государственной социальной помощи»).

Все диагностические исследования оказываются поликлиникой прикрепления, направление на проведение стресс ЭХО-КГ, КТ и МРТ в соответствии с регламентом маршрутизации на проведение отдельных видов диагностических исследований сердечно-сосудистой системы.

Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия и паллиативную помощь

В целях активизации режима двигательной активности больного, обучения больного новому образу жизни (контролю факторов риска, отказу от вредных привычек, обучение антиатеросклеротической диете и устойчивости к стрессу, повышению бытовой активности), ознакомления с основами физиологии и анатомии сердечно-сосудистой системы (ССС), разъяснения важности

приверженности рекомендациям врача, лекарственной терапии, в связи с необходимостью психологической адаптации больного к существующей болезни, повышения его устойчивости к стрессовым ситуациям и лечения тревожно-депрессивных расстройств, подготовки больного к возобновлению трудовой деятельности в полном или сокращенном объеме, - больным с ХСН должна проводиться кардиореабилитация (далее - КР).

Помощь по КР осуществляется специалистами мультидисциплинарной бригады (МДБ), которые после стабилизации гемодинамики и основных жизненно важных параметров больного назначают с учетом показаний/противопоказаний лечебные и физические методы (ЛФК, физиотерапия, медицинская психология, рефлексотерапия и т.д.).

Реабилитационная помощь больным кардиологического профиля оказывается в зависимости от тяжести их состояния в три этапа:

— на I (раннем стационарном) этапе КР предоставляется больным при остром и подостром периодах заболевания в палате реанимации и интенсивной терапии (ПРИТ) и кардиологическом отделении стационаров;

— на II (стационарном реабилитационном) этапе КР оказывается в специализированных (реабилитационных) стационарных отделениях в период реконвалесценции (выздоровления) при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций органов и систем (в соответствии с величиной реабилитационного потенциала); возможны варианты оказания помощи в стационарных реабилитационных отделениях центра КР или в стационарном отделении КР многопрофильных реабилитационных центров;

— на III (амбулаторно-поликлиническом) этапе КР осуществляется на позднем реабилитационном периоде, т.е. в период остаточных явлений заболевания.

Предусматривается возможность миновать II этап КР больным без осложнений и с легким течением заболевания с направлением их для продолжения реабилитации сразу на III поликлинический этап. Так, в большинстве случаев речь идет о больных с высоким реабилитационным потенциалом: моложе 70 лет, низким риском по шкале GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) при ОКС, с сохраненной сократительной функцией левого желудочка сердца, с полной реваскуляризацией миокарда после ЧКВ, без серьезных нарушений ритма/проводимости и тяжелых сопутствующих заболеваний. Больные после кардиохирургических операций (КШ и т.д.), как правило, проходят все три этапа КР.

Алгоритм направления пациентов с ХСН на паллиативную медицинскую помощь

Больным с выраженным нарушением функции и полностью зависимым от посторонней помощи, т.е. с очень низким реабилитационным потенциалом (без перспективы восстановления функций) для осуществления самообслуживания, перемещения и общения медицинская помощь оказывается в паллиативных отделениях медицинских организаций ГБУЗ ВО «Александровская районная больница», ГБУЗ ВО «Вязниковская районная больница», ГБУЗ ВО «Городская

больница №6 г.Владимира», ГБУЗ ВО «Городская больница ЗАТО г.Радужный», ГБУЗ ВО «Гороховецкая центральная районная больница», ГБУЗ ВО «Камешковская центральная районная больница», ГБУЗ ВО «Киржачская районная больница», ГБУЗ ВО «Ковровская городская больница №2», ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница», ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница», ГБУЗ ВО «Собинская районная больница», ГБУЗ ВО «Судогодская центральная районная больница им. Пospelова», ГБУЗ ВО «Юрьев-Польская центральная районная больница».

Для анализа деятельности МО, оказывающих помощь больным с ХСН, не реже 1 раза в квартал ГВС кардиолог направляет в Министерство здравоохранения Владимирской области отчет по форме согласно приложению № 5 к настоящему регламенту.



Приложение № 1
к приложению № 4
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

ПЕРЕЧЕНЬ
медицинских организаций государственной системы здравоохранения
Владимирской области, в которых организуются областные,
межтерриториальные центры (отделения) для лечения пациентов с ХСН

№ п/п	Наименование медицинской организации
Первичные кабинеты ХСН и терапевтические отделения (1 уровень)	
	Медицинские организации области, оказывающие первичную, в т.ч. первичную медико-санитарную и первичную специализированную медицинскую помощь пациентам с ХСН (кабинет в структуре амбулаторно-поликлинического подразделения для оказания консультативной и лечебно-профилактической помощи пациентам с ХСН) и медицинскую помощь по профилю «терапия» в стационарных условиях
Межтерриториальные специализированные отделения для лечения пациентов с ХСН (2 уровень)	
1.	ГБУЗ ВО «Вязниковская районная больница»
2.	ГБУЗ ВО «Центральная районная больница № 1»
3.	ГБУЗ ВО «Центральная городская больница города Коврова»
4.	ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»
5.	ГБУЗ ВО «Киржачская районная больница»
6.	ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»
7.	ГБУЗ ВО Александровская районная больница»
8.	ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница № 5 г. Владимира имени Л.К. Кирилловой»
9.	ГБУЗ ВО «Собинская районная больница»
10.	ГБУЗ ВО «Суздальская районная больница»
Региональный центр ХСН (3 уровень)	
1.	ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»
2.	ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г. Владимира»



Приложение № 2
к приложению № 4
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Перечень участвующих в маршрутизации пациентов с ХСН структурных
подразделений МО (зоны ответственности МО)

	Территориальные медицинские организации	Территориальные медицинские организации	Региональный центр ХСН
	1-й уровень*+ кабинет ХСН	2-й уровень	3 уровень
Александровский район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Александровская районная больница»	ГБУЗ ВО «Александровская районная больница»	ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»
Киржачский район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Киржачская районная больница»	ГБУЗ ВО «Киржачская районная больница»	
Кольчугинский район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»	ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»	
Петушинский район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Петушинская РБ»	ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»	
Селивановский район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Селивановская центральная районная больница»	ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»	
Меленковский район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Меленковская центральная районная больница»	ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»	
Собинский район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Собинская районная больница»	ГБУЗ ВО «Собинская районная больница»	
Судогодский район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Судогодская центральная районная больница имени Поспелова»	Минует 2 уровень	
ЗАТО г.Радужный	ГБУЗ ВО «Городская больница ЗАТО г.Радужный»	Минует 2 уровень	

Гусь – Хрустальный район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Центральная районная больница № 1»	ГБУЗ ВО «Центральная районная больница № 1»	ГБУЗ ВО «Городская больница №4 города Владимира»
Муромский район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»	ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»	
Юрьев – Польский район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Юрьев – Польская центральная районная больница»	ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»	
Вязниковский район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Вязниковская центральная районная больница»	ГБУЗ ВО Вязниковская центральная районная больница»	
Гороховецкий район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Гороховецкая центральная районная больница»	ГБУЗ ВО «Вязниковская центральная районная больница»	
Ковровский район	ГБУЗ ВО «Ковровская многопрофильная городская больница №1»	ГБУЗ ВО «Центральная городская больница города Коврова»	
	ГБУЗ ВО «Ковровская городская больница №2		
Камешковский район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Камешковская центральная районная больница»	ГБУЗ ВО «Центральная городская больница города Коврова»	
Суздальский район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Суздальская районная больница»	ГБУЗ ВО «Суздальская районная больница»	
Город Владимир	ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница №5 г.Владимира имени Л.К. Кирилловой», ГБУЗ ВО «Городская больница № 2 г.Владимира» по графику дежурств терапевтических отделений	ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница №5 г.Владимира имени Л.К. Кирилловой»	

*амбулаторное наблюдение терапевта, фельдшера, врача ОВП осуществляется в поликлинике по месту прикрепления



Приложение № 3
к приложению № 4
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Опрос (телефонный) медицинской сестрой пациентов
с хронической сердечной недостаточностью

Пациент (ФИО) _____

1. Нарастали ли у Вас одышка? Одышка усиливается в положении лежа?
2. Нарастали ли у Вас отеки?
3. Увеличился ли Ваш вес за последнюю неделю?
4. Вас беспокоят сердцебиения или перебои в работе сердца больше, чем обычно?
5. Ухудшилась ли переносимость привычных физических нагрузок?
6. Какие у Вас привычные значения давления и частоты пульса в течение последнего месяца?
7. Регулярно ли Вы принимаете препараты, рекомендованные кардиологом?
Если нет, то почему?

Показатель/дата	Дата опроса	Дата опроса	Дата опроса
Прогрессирование одышки, да/нет			
Нарастание отеков, да/нет, уровень			
Вес, кг			
АД, мм рт ст			
ЧСС, уд/мин			
Неравномерный ритм, да/нет			
Состояние кожных покровов			
Суточный диурез или оценка суточного водного баланса			
Контроль выполнения лабораторных и инструментальных исследований			
Оценка функционально класса ФК, I-IV			
Приверженность к «кардио» терапии, да/нет			
Тактика*			
Дополнительная информация			
Подпись медицинской сестры			
Подпись врача			

*при ответе «да» на 3 из первых 5 вопросов определение одного из трех типов реагирования: плановый визит пациента к врачу, активный патронаж пациента врачом/мед.сестрой, вызов пациенту скорой медицинской помощи.

Периодичность плановых контактов медицинской сестры с пациентами с хронической сердечной недостаточностью:

	I ФК(НУНА)	II ФК(НУНА)	III-IV ФК (НУНА)
Телефонный опрос	1 раз в 3 месяца	1 раз в 8 недель	1 раз в неделю, в дальнейшем по рекомендации врача не реже 1 раза в месяц
Школа ХСН для пациента	1 раз в 12 месяцев	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев
Контроль лабораторных исследований	По рекомендации врача согласно индивидуальному плану ведения пациента с ХСН	По рекомендации врача согласно индивидуальному плану ведения пациента с ХСН	По рекомендации врача согласно индивидуальному плану ведения пациента с ХСН



Приложение № 4
к приложению № 4
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Показания к диспансерному наблюдению в амбулаторных условиях
врачом-терапевтом (фельдшером) и врачом-кардиологом

Врач-терапевт	Врач-кардиолог
ХСН предстадия, 1-2 стадии и/или I-II ФК по NYHA и/или ФВ ³ 40%	ХСН 2 стадия и/или III-IV ФК по NYHA и/или ФВ<40%
без СД и/или ХБП 4 и 5 стадии	ХСН 1-2а стадии и/или I-II ФК по NYHA и/или ФВ ³ 40% в сочетании с СД и/или ХБП 4 и 5 стадии
<ul style="list-style-type: none"> - вес (ИМТ), окружность талии, статус курения, АД, ЧСС – не реже 2 раз в год - общетерапевтический биохимический анализ крови (калий, натрий, креатинин с расчетом СКФ, глюкоза билирубин, АСТ, АЛТ) – не реже 2 раз в год - МНО (по показаниям) - уровень NT-proBNP – не реже 1 раза в 2 года - ЭКГ, ХМ ЭКГ, рентгенография ОГК – не реже 1 раза в год - ЭХО-КГ – не реже 2 раз в год 	



Приложение № 5
к приложению № 4
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Ежеквартальный отчет главного кардиолога

МО	Количество больных, поступивших с ОДХСН	Умерло	Из них состоит на Диспансерном учете.	Направлено на 3-й уровень оказания мед помощи



Регламент маршрутизации пациентов с острым аортальным синдромом

Перечень медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам с острым аортальным синдромом (расслаивающая аневризма торако-абдоминального отдела аорты):

ГБУЗВО «Областная клиническая больница»

ГБУЗ ВО «Александровская районная больница».

Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с острым аортальным синдромом:

Для диагностики острого аортального синдрома применяются следующие методы исследования:

инструментальные:

- ультразвуковая доплерография брюшного отдела аорты;
- дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (ДС БЦА), восходящего отдела аорты, брюшного отдела аорты;
- МРТ или КТ ангиография всех отделов аорты.

При наличии признаков расслаивающей аневризмы аорты для хирургической коррекции по экстренным показаниям показана госпитализация пациента:

а) в отделение сердечно-сосудистой хирургии ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»;

б) в отделение сердечно-сосудистой хирургии ГБУЗ ВО «Александровская районная больница».

С возможной последующей маршрутизацией санавиацией в Федеральные центры.

Список контактов ответственных лиц всех медицинских организаций и служб, задействованных в оказании медицинской помощи пациентам с острым аортальным синдромом, представлен в приложении № 1 к настоящему регламенту.

Схема маршрутизации пациентов с острым аортальным синдромом представлена в приложении № 2 к настоящему регламенту.



Приложение № 1
к приложению № 5
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по медицинской части	8 (4922) 40-71-85
2	Заведующий региональным сосудистым центром	8 (4922) 40-70-25
3	Заведующий неврологическим отделением для больных с ОНМК	8 (4922) 40-70-28
4	Заведующий нейрохирургическим отделением	8 (4922) 40-70-40
5	Заведующий отделением рентгенхирургических методов диагностики и лечения	8 (4922) 40-70-03
6	Заведующий отделением сосудистой хирургии	8 (4922) 40-71-06
7	Заведующий консультативной службой	8 (4922) 32-90-20

ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г. Владимира»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по медицинской части	8 (4922) 32-34-46
2	Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе	8 (4922) 53-00-36
3	Заведующий 1-м неврологическим отделением для больных с ОНМК	8 (4922) 32-61-69
4	Заведующий неврологическим отделением для больных с ОНМК	8 (4922) 45-16-49

5	Заведующий неврологическим отделением для больных с ОНМК	8 (4922) 32-41-84
---	--	-------------------

ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по медицинской части	8 (49234) 4-66-02
2	Заведующий неврологическим отделением для больных с ОНМК	8 (49234) 3-26-80
3	Руководитель РСЦ, зав. ОРХМДиЛ	8 (920) 907-00-07

ГБУЗ ВО «Центральная городская больница г. Коврова»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по РСЦ	8 (49232) 3-81-70
2	Заведующий неврологическим отделением для больных с ОНМК	8 (49232) 3-81-64
3	Заместитель главного врача по медицинской части, зав. ОРХМДиЛ	8 (915) 761-85-13

ГБУЗ ВО «Александровская районная больница»

№ п/п	Должность	Телефон
1	И.о. заместителя главного врача по медицинской части	8 (49244) 2-00-45
2	Руководитель РСЦ, зав. ОРХМДиЛ	8 (999) 613-49-57
3	Врач сердечно-сосудистый хирург	8 (915) 603-32-42
4	Зав. неврологическим отделением с больных с ОНМК	8 (915) 760-83-81



Приложение № 2
к приложению № 5
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Схема маршрутизации пациентов с острым аортальным синдромом

Наименование и характеристики медицинской организации, численность профильных коек	Зоны обслуживания, численность населения
<p>ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница» Региональный сосудистый центр (РСЦ):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Неврологическое отделение для больных с ОНМК (50 коек) - Палаты реанимации и интенсивной терапии для больных с ОНМК в составе отделения ОНМК (9 коек) - Нейрохирургическое отделение (43 койки) - Отделение реанимации и интенсивной терапии № 1 (12 коек) <p>Среднее время медицинской эвакуации пациента с ОНМК в зоне ответственности – 60 - 90 минут</p> <p>Способ госпитализации - минуя общее приемное отделение</p> <p>Количества компьютерных томографов - 1 (128 срезов) в здании РСЦ и 1 (64 среза) в хирургическом корпусе</p> <p>Количество магнитно-резонансных томографов - 1 (3.0 Т) в здании хирургического корпуса</p> <p>Количество рентгенангиографических установок – 2 в здании РСЦ</p>	городской округ Гусь-Хрустальный
	Гусь-Хрустальный район (без поселков Золотково и Добрятино)
	Собинский муниципальный округ
	Судогодский район
	городской округ ЗАТО г. Радужный
	Камешковский район, населенные пункты: Круглово, Дмитриково, Мирный, Высоково, Второво, Патакино, Суслово, Гатиха, Пенкино, Н. Быковка
	г. Муром, Муромский район
	Меленковский район
	Селивановский район
	Вязниковский район (деревня Паустово)
	Гороховецкий район (село Фоминки)
	Гусь-Хрустальный район (поселки Золотково и Добрятино)
	Гороховецкий район (без села Фоминки)
	г. Ковров, Ковровский район

	<p>Камешковский район, без населенных пунктов: Круглово, Дмитриково, Мирный, Высоково, Второво, Патакино, Суслово, Гатиха, Пенкино, Н. Быковка Вязниковский район (без деревни Паустово)</p>
<p>ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи города Владимира»</p>	<p>г. Владимир, Суздальский район</p>
<p>ГБУЗ ВО «Александровская районная больница» Региональный сосудистый центр (РСЦ):</p> <ul style="list-style-type: none"> – неврологические для больных с ОНМК – 40 – реанимационные – 15 (в том числе неврологические для больных с ОНМК – 7) – сосудистой хирургии – 14 <p>Среднее время медицинской эвакуации пациента с ОНМК в зоне ответственности – 15 - 60 минут Способ госпитализации - минуя общее приемное отделение Количества компьютерных томографов - 1 (64 среза) в здании РСЦ и 1 (64 среза) в здании хирургического корпуса Количество магнитно-резонансных томографов - 1 (1.5 Т), в здании РСЦ Количество рентгенангиографических установок – 1, в здании РСЦ</p>	<p>Александровский район</p>
	<p>Киржачский район</p>
	<p>Кольчугинский район</p>
	<p>Юрьев-Польский район</p>
	<p>городской округ Покров</p>
<p>Петушинский муниципальный округ</p>	



Регламент маршрутизации пациентов с тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА)

Специализированная помощь пациентам с установленным диагнозом тромбоэмболия легочной артерии (далее – ТЭЛА) осуществляется медицинскими организациями в соответствии с трехуровневой системой оказания медицинской помощи в медицинских организациях согласно приложению № 1 к регламенту маршрутизации пациентов с ТЭЛА.

Маршрутизация пациентов с тромбоэмболией легочной артерии на территории Владимирской области для оказания медицинской помощи осуществляется по территориальному принципу согласно приложению № 2 к регламенту маршрутизации пациентов с ТЭЛА.

Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с ТЭЛА представлен в приложении № 3 к регламенту маршрутизации пациентов с ТЭЛА.

Список контактов для взаимодействия с ответственными лицами и службами медицинских организаций, задействованных в оказании медицинской помощи пациентам с ТЭЛА – приложение № 6.4 к регламенту маршрутизации пациентов с ТЭЛА.

Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с ТЭЛА **Общие положения**

Настоящий Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам при тромбоэмболии легочной артерии (далее - Алгоритм) устанавливает правила оказания медицинской помощи пациентам с ТЭЛА, коды по МКБ-10: I26.0; I26.9 в медицинских организациях Владимирской области в соответствии с порядками, стандартами и клиническими рекомендациями.

Медицинская помощь пациентам с ТЭЛА на территории Владимирской области оказывается в виде:

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

Медицинская помощь пациентам с ТЭЛА может оказываться в следующих условиях:

- вне медицинской организации при оказании помощи по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, при оказании медицинской помощи в ходе медицинской эвакуации);
- стационарно (в условиях круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

Медицинская помощь пациентам с ТЭЛА может быть оказана:

- экстренно при внезапных острых заболеваниях (состояниях), представляющих угрозу жизни пациента;
- неотложно при внезапных острых состояниях, заболеваниях, не представляющих непосредственной угрозы жизни пациента;
- планово - амбулаторно, после стационарного этапа.

Принципы взаимодействия медицинских организаций

1. В рамках единой государственной системы здравоохранения, согласно требованиям, в целях соблюдения этапов оказания медицинской помощи, планирования их рационального размещения на территории Владимирской области определен перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пациентам с ТЭЛА по уровням (приложение № 2 к Регламенту):

I уровень – медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную, в том числе первичную специализированную медико-санитарную, помощь взрослому населению по профилю «кардиология» и/или специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь различного профиля в многопрофильных больницах с привлечением к процессу лечения врача-кардиолога.

II уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре специализированные кардиологические отделения и/или межтерриториальные отделения/центры, оказывающие преимущественно специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь взрослому населению по профилю «кардиология», и имеющие в структуре учреждения компьютерную томографию или вентиляционную сцинтиграфию.

III уровень – медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь взрослому населению по профилю «кардиология» и «сердечно-сосудистая хирургия».

2. В случае установки диагноза ТЭЛА и определении показаний к тромболитической терапии в стационаре I уровня или на догоспитальном этапе – согласование перевода с ответственным дежурным врачом стационара II уровня, согласно приложению № 2 к регламенту (при отсутствии противопоказаний к транспортировке).

3. При транспортировке пациента с ТЭЛА в тяжелом клиническом состоянии бригада скорой медицинской помощи заблаговременно предупреждает врача приемного отделения дежурного.

Перечень медицинских организаций, задействованных в оказании медицинской помощи пациентам с ТЭЛА

Список контактных лиц:

Главный врач ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница», контактный телефон 8(4922) 45-90-09, 32-96-64, 32-61-79;

Главный врач ГБУЗ ВО «Городская больница №4 г. Владимира», контактный телефон 8(4922) 43-03-72, 43-15-66;

Главный врач ГБУЗ ВО «Центральная городская больница г. Коврова», контактный телефон 8(49232) 3-86-09;

Главный врач ГБУЗ ВО «Александровская районная больница», контактный телефон 8(49244) 2-00-45;

Главный врач ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница», контактный телефон 8 (49234) 6-38-41.

Алгоритм оказания медицинской помощи на при подозрении на ТЭЛА на этапе скорой медицинской помощи

1. При подозрении на ТЭЛА пациенты доставляются бригадой скорой медицинской помощи в стационар в соответствии со схемой маршрутизации.

2. При выявлении на догоспитальном этапе у пациента клинических симптомов, позволяющих заподозрить ТЭЛА, бригада скорой медицинской помощи осуществляет:

- полный сбор анамнеза с указанием возможных провоцирующих факторов (наличие онкологического заболевания в настоящее время или в анамнезе, прием оральных контрацептивов, беременность, известные венозные тромбозы и т.д.)

- оценку клинической картины, включая осмотр нижних конечностей на предмет одностороннего отека со сравнительным измерением окружности конечностей на 10-15см ниже и выше линии колена (диагностически значимая разница более 3 см), болезненность по ходу глубоких вен голени;

- оценка состояния гемодинамики: уровень сознания, уровень АД, периферические симптомы шока, цвет кожных покровов;

- оценка ЧСС и сатурации кислорода пульсоксиметром;

- регистрацию ЭКГ (обращать внимание на наличие признаков перегрузки правых отделов: полная или неполная блокада ПНПГ, синусовая тахикардия, S1Q3T3-паттерн, предсердные и желудочковые нарушения ритма);

- определение клинической вероятности ТЭЛА с использованием шкалы Geneva (приложение № 5 к регламенту маршрутизации пациентов с ТЭЛА).

3. Бригада скорой медицинской помощи оказывает неотложную медицинскую помощь в соответствии с приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1126н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при легочной эмболии» (при отсутствии противопоказаний к приему препаратов):

- купирование болевого синдрома (при его наличии) при необходимости наркотическими анальгетиками;

- проведение терапии лечебными дозировками внутривенного нефракционированного гепарина или низкомолекулярных гепаринов, или фондапаринукса подкожно.

- купирование опасных для жизни аритмий;

-лечение острой сердечно-легочной недостаточности, включая кислородотерапию, и проведение при необходимости сердечно-легочной реанимации;

- больных с ТЭЛА с клиникой шока, отека легких, с жизнеугрожающими нарушениями ритма, реанимированных после остановки кровообращения, госпитализируют непосредственно в отделение реанимации, минуя этап приемного отделения.

4. При транспортировке пациента с ТЭЛА в тяжелом клиническом состоянии бригада скорой медицинской помощи заблаговременно предупреждает врача приемного отделения дежурного стационара.

8. При невозможности стабилизации гемодинамики, риске смерти в машине скорой медицинской помощи, пациент госпитализируется в ближайшую медицинскую организацию, имеющую в своей структуре реанимационно-анестезиологическое отделение (далее РАО), в штатную численность которой входят врачи реаниматологи-анестезиологи. Необходимо провести МСКТ легких с контрастированием при наличии в медицинской организации компьютерного томографа.

9. Медицинская эвакуация пациентов из районов осуществляется бригадами скорой медицинской помощи с обязательным сопровождением врача реаниматолога.

10. Перемаршрутизация пациентов с установленным диагнозом ТЭЛА из медицинских организаций, оказывающих специализированную кардиологическую помощь и/или имеющих в своей структуре ОРИТ, запрещена.

Алгоритм обследования и лечения пациентов с ТЭЛА в стационаре

1. Для постановки диагноза ТЭЛА в стационаре 1 уровня необходимо выявить:

- характерные жалобы,
- клинические признаки, типичные для ТЭЛА,
- оценка клинической вероятности (предтестовой) наличия тромбоэмболии легочной артерии с использованием шкалы Geneva (Приложение 5 к регламенту маршрутизации пациентов с ТЭЛА),
- повышение уровня Д-димера (более информативен отрицательный результат теста, который исключает диагноз ТЭЛА), повышение уровня тропонинов, МВ КФК свидетельствуют о неблагоприятном прогнозе,
- соответствующие структурные изменения сердца (признаки перегрузки правых отделов сердца по ЭКГ и ЭХО-КГ),
- ультразвуковое исследование глубоких вен нижних конечностей (как наиболее частый источник венозной тромбоэмболии – далее ВТЭ),
- для определения прогностического риска 30-дневной смерти использование шкалы PESI или sPESI (приложение № 3 к регламенту маршрутизации пациентов с ТЭЛА).

Критерии нестабильной гемодинамики:

1. Клиника остановки кровообращения, потребовавшая проведение сердечно – легочной реанимации.

2. Обструктивный шок: Систолическое АД < 90 мм рт ст или необходимость использования вазопрессоров для поддержания АД \geq 90 мм рт ст, несмотря на адекватную коррекцию объема циркулирующей крови.

3. Персистирующая гипотензия: Систолическое АД < 90 мм рт ст или падение систолического АД \geq 40 мм рт ст длительностью более 15 мин и не связанное с такими состояниями как аритмия, гиповолемия или сепсис.

4. При развитии клинических симптомов ТЭЛА у пациентов, находящихся на лечении в стационарах, пациенту проводится определение риска госпитальной тромбоэмболии (шкала IMPRUVE – приложение №4 к данному алгоритму), компьютерная ангиография легочных артерий и перевод в палату/отделение реанимации и интенсивной терапии. После подтверждения диагноза ТЭЛА в кратчайшие сроки проводится консультация с кардиологом организации 2 уровня. Возможно применение телемедицинских технологий.

При госпитализации пациента с подозрением на ТЭЛА в медицинские организации 1, 2 уровня проводится определение предтестовой вероятности тромбоза глубоких вен (шкала WELLS – приложение № 5 к регламенту маршрутизации пациентов с ТЭЛА), прогностического риска (шкала PESI см. приложение № 5 к регламенту маршрутизации пациентов с ТЭЛА), диагностическое обследование. Госпитализация осуществляется в палату/отделение реанимации и интенсивной терапии. Оказывается медицинская помощь в соответствии с действующими рекомендациями.

Основные принципы в лечении ТЭЛА:

4.1. Незамедлительное назначение антикоагулянтной терапии пациентам с ТЭЛА промежуточного и высокого рисков.

4.2. Купирование гипоксемии и острой правожелудочковой недостаточности;

4.3. При наличии клинических, ЭКГ-признаков ТЭЛА, явлениях кардиопульмонального шока, высокого риска смертельного исхода проводится системный тромболизис.

4.4. системный тромболизис также показан пациентам с ТЭЛА промежуточного риска при неэффективности антикоагулянтной терапии и развитии клиники кардиогенного шока.

В процессе диспансерного наблюдения через 6 месяцев после перенесенного эпизода ТЭЛА пациенту должна быть проведена эхокардиография. При сохранении/нарастании у пациента признаков легочной гипертензии и изменений правых отделов сердца – КТ-ангиография легочных артерий, консультация кардиолога консультативной поликлиники.

При выявлении у пациента впервые УЗ-признаков значительной легочной гипертензии, трикуспидальной недостаточности пациенты направляются на консультацию к кардиологу Кабинета легочной гипертензии (ГБУЗ ВО «Городская больница №4 г.Владимира», телефон (4922) 53-50-61).

При наличии показаний к специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с ТЭЛА соответствующие документы направляются ТМК в федеральный центр города Москвы.

Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших ТЭЛА, в том числе с привлечением кабинетов антикоагулянтной терапии (см. соответствующий раздел), и скрининг для выявления хронической тромбоэмболической легочной гипертензии

Диспансерное наблюдение врачом-кардиологом осуществляется при тромбоэмболии легочной артерии – в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях, с обеспечением не реже 4 посещений в год.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения России от 15.03.2022г №168н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми» выполняется:

- Антропометрия, измерение АД, ЧСС – при каждом посещении;
- общетерапевтический биохимический анализ крови – не реже 1 раза в год;
- клинический анализ крови – не реже 1 раза в год;
- контроль МНО (при терапии варфарином) – не реже 4 раз в год;
- ЭКГ, рентгенография ОГК – не реже 1 раза в год;
- ЭХО-КГ – не реже 2 раз в год.

Оценка состояния пациентов, выписанных из больницы после ТЭЛА, должна проводиться через 3-6 месяцев после эпизода острой ТЭЛА. У пациентов с жалобами на одышку при физической нагрузке и снижение толерантности к физической нагрузке следует провести ЭХО-КГ как первый этап оценки вероятности формирования легочной гипертензии (ЛГ) и, следовательно, возможной хронической тромбоэмболической легочной гипертензии (ХТЭЛГ).

Маршрутизация пациентов, перенесших ТЭЛА, в случае выявления хронической тромбоэмболической легочной гипертензии

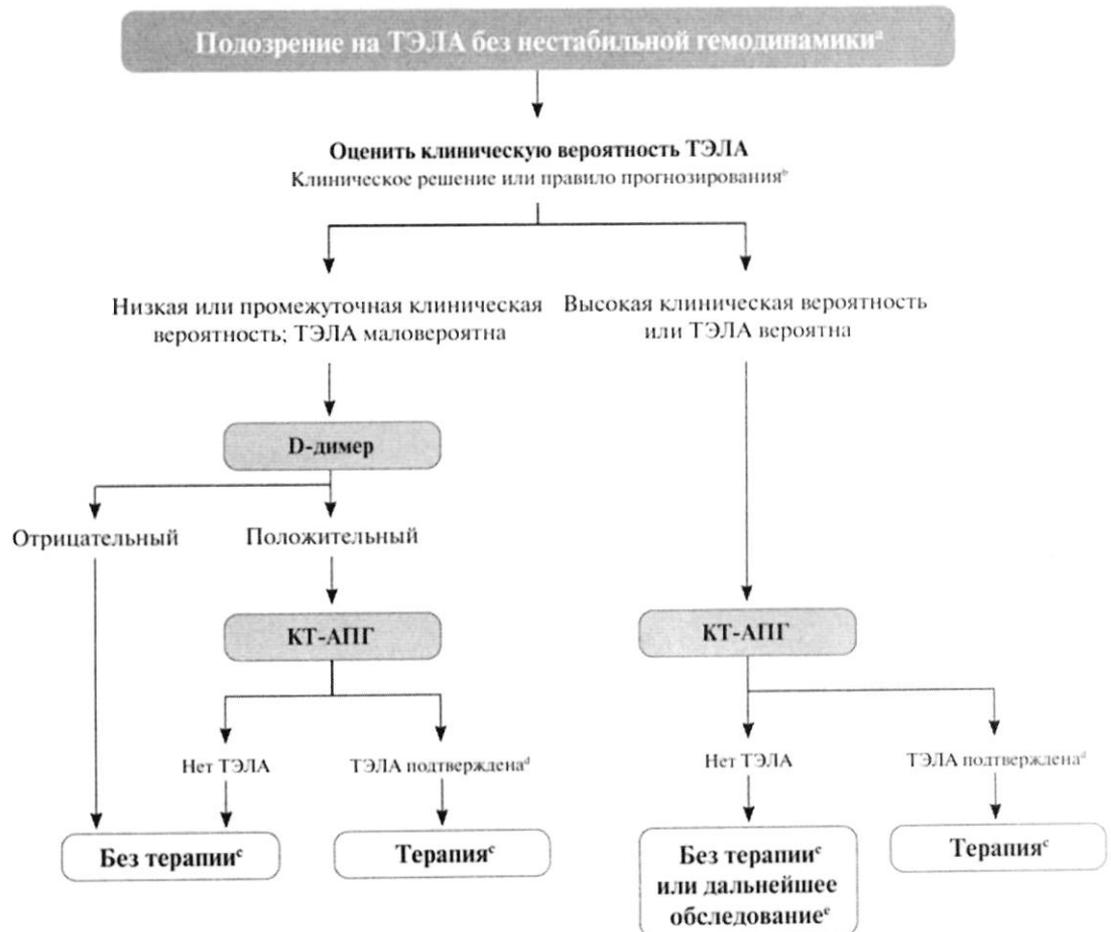
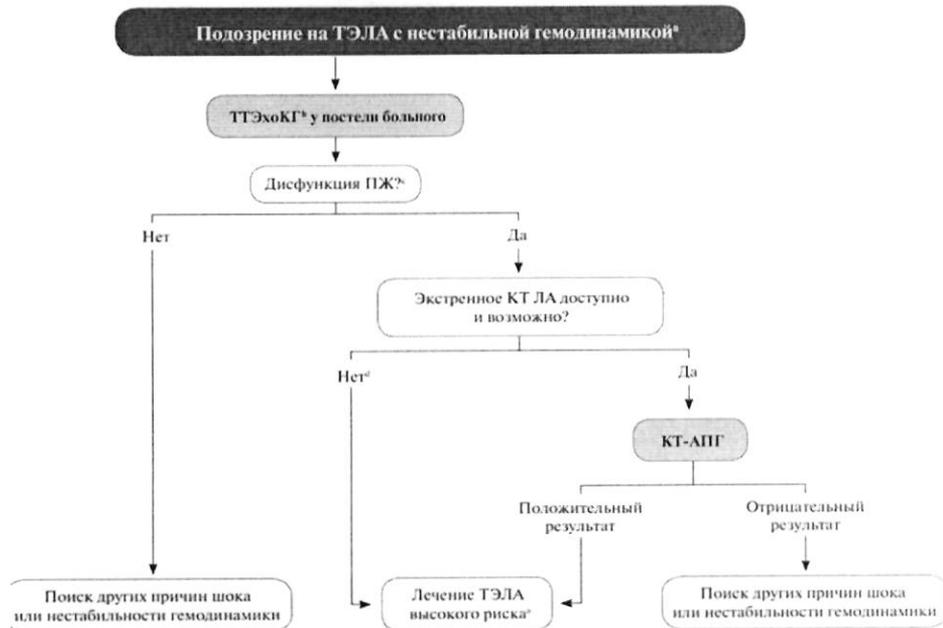
Пациенты Владимирской области с подтвержденной клинически и по данным ЭХО-КГ легочной гипертензией направляются в Центр Легочной гипертензии ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г.Владимира» для дальнейшей диагностики и уточнения диагноза.

Для уточнения характера легочной гипертензии пациент направляется в федеральный центр города Москвы после телемедицинской консультации.

При подозрении на ХТЭЛГ выполняется компьютерная томография легких/катетеризация правых отделов сердца + ангиопульмонография / сцинтиграфия легких. При подтверждении диагноза пациент в дальнейшем наблюдается в центре легочной гипертензии (ЛАГ-центр). Пациенту назначается патогенетическая терапия. При необходимости рассматриваются показания для направления на МСЭ и получение группы инвалидности, определение возможного источника обеспечения ЛАГ-терапией.

Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия пациентов с ТЭЛА не отличается от представленного в общей части Регионального Порядка.

Диагностический алгоритм при подозрении ТЭЛА в зависимости от состояния гемодинамики.



Шкалы оценки вероятности тромбоэмболии легочной артерии

**Пересмотренная шкала Geneva
клинической оценки вероятности ЛЭ**

Параметры	Баллы	
	Оригинальная версия [91]	Упрощенная версия [87]
Анамнез ЛЭ или ТГВ	3	1
Частота сердечных сокращений		
75-94 уд./мин	3	1
≥ 95 уд./мин	5	2
Хирургия или перелом за последний мес.	2	1
Кровохарканье	2	1
Активный рак	2	1
Односторонняя боль в конечности	3	1
Боль в нижней конечности при пальпации и односторонний отёк	4	1
Возраст >65 лет	1	1
Клиническая вероятность		
<i>Трёхуровневая шкала</i>		
Низкий риск	0-3	0-1
Промежуточный риск	4-10	2-4
Высокий риск	≥ 11	≥ 5
<i>Двухуровневая шкала</i>		
ЛЭ маловероятна	0-5	0-2
ЛЭ вероятна	≥ 6	≥ 3

Сокращения: ЛЭ — лёгочная эмболия, ТГВ — тромбоз глубоких вен.



Приложение № 1
к приложению № 6
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Перечень медицинских организаций государственной системы здравоохранения
Владимирской области, в которых организуются отделения для лечения
пациентов с ТЭЛА

№ п/п	Наименование медицинской организации
Межтерриториальные отделения	
1	ГБУЗ ВО «Вязниковская районная больница»
2	ГБУЗ ВО «Центральная районная больница № 1»
3	ГБУЗ ВО «Центральная городская больница города Коврова»
4	ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»
5	ГБУЗ ВО «Киржачская районная больница»
6	ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»
7	ГБУЗ ВО Александровская районная больница»
8	ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница № 5 г. Владимира имени Л.К.Кирилловой»
9	ГБУЗ ВО «Собинская районная больница»
10	ГБУЗ ВО «Суздальская районная больница»



Приложение № 2
к приложению № 6
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Маршрутизация пациентов с ТЭЛА на территории Владимирской области для
оказания медицинской помощи

Муниципальное образование	Территориальные медицинские организации	Территориальные медицинские организации	Региональный центр	
	1-й уровень	2-й уровень	3 уровень	
Александровский район	ГБУЗ ВО «Александровская районная больница»	ГБУЗ ВО «Александровская районная больница»	ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»	
Киржачский район	ГБУЗ ВО «Киржачская районная больница»			
Кольчугинский район	ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»			
Петушинский район	ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»			
Селивановский район	ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»	ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»	ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»	
Меленковский район	ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»			
Собинский район	ГБУЗ ВО «Собинская районная больница»	ГБУЗ ВО «Собинская районная больница»		
Судогодский район	ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»	ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»		
ГБУЗ ВО «Городская больница ЗАТО г.Радужный	ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»			
Гусь – Хрустальный район	ГБУЗ ВО «Центральная районная больница № 1»			
Муромский район	ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»			ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»
Юрьев – Польский район	ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»	ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»		ГБУЗ ВО «Городская больница №4
Вязниковский	ГБУЗ ВО «Вязниковская	ГБУЗ ВО		

район	центральная районная больница»	«Центральная городская больница города Коврова»	города Владимира»
Гороховецкий район	Терапевтическое отделение ГБУЗ ВО «Гороховецкая центральная районная больница»		
Ковровский район	ГБУЗ ВО «Центральная городская больница города Коврова»		
Камешковский район	ГБУЗ ВО «Центральная городская больница города Коврова»	ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница №5 г.Владимира имени Л.К. Кирилловой»	
Суздальский район	ГБУЗ ВО «Суздальская районная больница»		
Город Владимир Фрунзенский район	ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница №5 г. Владимира имени Л.К. Кирилловой»	ГБУЗ ВО «Городская больница №4 города Владимира»	
Город Владимир Октябрьский, Ленинский район	ГБУЗ ВО «Городская больница №4 города Владимира»		



Приложение № 3
к приложению № 6
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Тромболитические препараты, применяемые для лечения ТЭЛА

Молекула	Режим назначения	Противопоказания к фибринолизу
рТАП	100мг за 2ч, 0,6мг/кг за 15 мин (максимальная дозировка 50 мг)*	<p>Абсолютные:</p> <ul style="list-style-type: none"> - геморрагический инсульт или инсульт неясной этиологии в анамнезе; - Ишемический инсульт за последние 6 мес.; - Новообразование центральной нервной системы; - политравма, оперативное вмешательство, травма головы за последние 3 нед.; - геморрагический диатез; - кровотечение <p>Относительные:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Транзиторная ишемическая атака за последние 6 мес.; - Пероральные антикоагулянты; - беременность или первая неделя после родоразрешения; - места пункции, неподдающиеся компрессии; - травматичная реанимация; - рефрактерная гипертензия - тяжелая патология печени; - инфекционный эндокардит; - активная пептическая язва
Стрептокина за	250000 Ед. нагрузочная дозировка в течение 30 мин., в последующем 100000Ед/ч в течение 12-24ч. Ускоренный режим введения: 1,5млн Ед. в течение 2ч.	
Урокиназа	4400 Ед./кг нагрузочная дозировка за 10 минут, в последующем 4400 Ед./ч в течение 12-24ч Ускоренный режим введения: 3млн Ед. за 2ч	



Приложение № 4
к приложению № 6
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Оригинальный и упрощенный индекс тяжести легочной эмболии PESI

Параметры	Баллы	
	Оригинальная версия	Упрощенная версия
Возраст	Возраст в годах	1 балл (если возраст более 80 лет)
Мужской пол	+10 баллов	-
Рак	+30 баллов	1
ХСН	+10 баллов	1
Хроническое заболевание легких	+10 баллов	
Частота пульса более 110 уд./мин	+20 баллов	1
Систолическое АД менее 100 мм.рт.ст.	+30 баллов	1
Частота дыхания более 30 в мин	+20 баллов	-
Гипотермия менее 36С	+20 баллов	-
Нарушенное сознание	+60 баллов	-
Насыщение оксигемоглобином крови менее 90%	+20 баллов	1
Уровни риска*		
	<p>Класс I: ≤65 баллов очень низкий риск 30-дневной смерти (0-1,6%)</p> <p>Класс II: 66-85 баллов низкий риск смерти (1,7-3,5%)</p> <p>Класс III: 86-100 баллов умеренный (промежуточный) риск смерти (3,2-7,1%)</p> <p>Класс IV: 106-125 баллов высокий риск смерти (4,0-11,4%)</p> <p>Класс V: >125 баллов очень высокий риск смерти (10,0-24,5%)</p>	<p>0 баллов = 30-дневный риск смерти 1,0% (95% ДИ 0,0-2,1%)</p> <p>≥1 балла = 30-дневный риск смерти 10,9% (95% ДИ 8,5-13,2%)</p>

– Примечание: * основан на сумме баллов.

– Сокращения: АД – артериальное давление, ДИ – доверительный интервал.



Приложение № 5
к приложению № 6
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Шкала WELLS

Для оценки претестовой вероятности ТЭЛА (валидизированная диагностическая шкала, разработанная для диагностики ТЭЛА.

-
- ТГВ или ТЭЛА в анамнезе шкала (Wells)
 - Недавние хирургические операции или иммобилизация
 - Онкопроцесс
 - Кровохарканье
 - ЧСС > 100 ударов/мин
 - Клинические признаки ТГВ
 - При проведении дифференциальной диагностики ТЭЛА наиболее вероятна

Баллы: 0

Вероятность возникновения:

- **Низкая** — 0-1
- **Промежуточная** — 2-6
- **Высокая** — ≥ 7

Шкала IMPROVE

Шкала IMPROVE — (International Medical Prevention Registry on Venous Thromboembolism/Международный реестр медицинской профилактики венозной тромбоземболии) — используется для оценки риска ТГВ/ТЭЛА у нехирургических больных.

-
- Венозные тромбоземболические осложнения в анамнезе
 - Известная тромбофилия (дефицит протеина С или S, фактор V Лейден, волчаночный антикоагулянт)
 - Парез или паралич нижних конечностей
 - Злокачественное новообразование (кроме не меланомы кожи) в любое время последние 5 лет
 - Пребывание в отделении (блоке) интенсивной терапии
 - Полная иммобилизация ≥ 7 дней (нахождение в кровати или на стуле с выходом в туалет

или без него)

Возраст >60 лет

Баллы: 0

1. Умеренный риск при сумме баллов **2-3**
2. Высокий риск при сумме баллов ≥ 4



**Регламент организации оказания медицинской помощи больным
с острыми нарушениями мозгового кровообращения
на территории Владимирской области**

1. Настоящий регламент регулирует вопросы организации оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения (далее - ОНМК).

2. К ОНМК относятся состояния, соответствующие кодам I60 - I64, G45 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр).

3. Оказание медицинской помощи больным с ОНМК осуществляется в рамках последовательного процесса, начинающегося на догоспитальном этапе, продолжающегося в стационарных условиях в медицинских организациях, далее - в амбулаторно-поликлинических учреждениях, в том числе в отделениях реабилитации, санаторно-курортных учреждениях.

4. Оказание медицинской помощи больным с ОНМК на догоспитальном этапе осуществляется в следующем порядке:

4.1. Врачами и фельдшерами амбулаторно-поликлинических подразделений медицинской организации оказывается медицинская помощь с последующим вызовом скорой медицинской помощи (далее - СМП) и экстренным направлением больных на госпитализацию бригадами врачебной или фельдшерской СМП.

4.2. Бригада СМП обеспечивает коррекцию жизненно важных функций, проведение (при необходимости) реанимационных мероприятий и максимально быструю госпитализацию больного в ближайшую медицинскую организацию, в структуре которой организовано первичное сосудистое отделение (далее - ПСО) или региональный сосудистый центр (далее РСЦ), включающее неврологическое отделение для больных с ОНМК (далее - Отделение), согласно алгоритму догоспитальной помощи при ОНМК.

4.3. Бригада СМП, производящая транспортировку больного с признаками ОНМК в медицинскую организацию, в которой создано Отделение, предварительно устно оповещает медицинскую организацию о поступлении больного с признаками ОНМК с указанием приблизительного времени поступления.

4.4. На догоспитальном этапе бригадой СМП, транспортирующей больного с ОНМК, заполняется контрольный лист о вероятном проведении тромболитической терапии (приложение 2 к регламенту оказания медицинской помощи больным с ОНМК), который сдается дежурному неврологу ПСО или РСЦ.

4.5. Госпитализации подлежат все пациенты с подозрением на ОНМК.

4.6. Негоспитализированные больные с диагнозом ОНМК обеспечиваются медицинской помощью амбулаторно-поликлиническими учреждениями. Информация о негоспитализированных больных передается из отделения (станции) СМП или приемного отделения стационара в поликлинику по месту жительства больного с регистрацией факта передачи информации (кто, когда и куда передал и кто, когда принял) в соответствующих журналах.

5. Больные с признаками ОНМК при поступлении в ПСО (РСЦ) направляются, минуя приемный покой, в смотровой кабинет, где в экстренном порядке осматриваются дежурным врачом-неврологом, который:

- оценивает состояние жизненно важных функций организма больного, общее состояние больного, неврологический статус;

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

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

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

7. После проведения мероприятий, указанных в пункте 5 настоящего регламента, больной с признаками ОНМК направляется в кабинет компьютерной томографии и (или) магнитно-резонансной томографии медицинской организации, в которой создано Отделение для проведения компьютерной томографии (далее - КТ-исследование) или магнитно-резонансной томографии (далее - МРТ-исследование) головного мозга с целью уточнения диагноза.

8. Заключение по результатам проведения КТ/МРТ-исследования головного мозга передается дежурному/ врачу-неврологу Отделения.

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

10. Дежурный невролог заполняет карту первичного осмотра больного с ОНМК. При подтверждении диагноза ОНМК больные со всеми типами ОНМК в остром периоде заболевания, в том числе с транзиторными ишемическими атаками, направляются в палату (блок) реанимации и интенсивной терапии (далее - БРИТ) Отделения. Время с момента поступления больного в медицинскую организацию до перевода в профильное отделение составляет не более 60 минут.

11. Пациентам с верифицированным ишемическим инсультом в случае, если время от появления первых симптомов заболевания до момента начала лечения не превышает 4,5 часа, показано, с учетом противопоказаний, проведение внутривенной тромболитической терапии в условиях БРИТ Отделения.

12. Больным, у которых по заключению КТ/МРТ-исследования установлены признаки геморрагического инсульта, проводится консультация нейрохирурга в

срок не позднее 60 минут с момента получения результатов КТ- исследования, по итогам которой консилиумом врачей принимается решение о тактике лечения.

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

14. Перевод больного из ПСО в РСЦ для оперативного лечения осуществляется при наличии показаний.

14.1. Вопрос о необходимости проведения церебральной ангиографии, эндоваскулярной реваскуляризации церебральных артерий (стентирования сосудов головного мозга, механическая тромбоэкстракция и тромбоаспирация) определяется коллегиально ответственным врачом-неврологом, реаниматологом, рентген - хирургом и рентген-диагностом.

14.2. Транспортировка больного в РСЦ осуществляется силами общепрофильной или реанимационной бригады (при наличии показаний) СМП в экстренном порядке (приоритетный вызов). Бригада СМП должна осуществить транспортировку в кратчайшие сроки. После осмотра больной направляется в рентген-операционную. После выполнения лечебных мероприятий больной переводится в реанимационное отделение под наблюдение и лечение дежурного реаниматолога. При наличии геморрагической трансформации инсульта больной в экстренном порядке консультируется нейрохирургом. После проведения вмешательства по стабилизации состояния больной переводится в ПСО.

15. Длительность пребывания больного с ОНМК в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии Отделения определяется тяжестью состояния больного, но не может быть менее 24 часов, необходимых для определения патогенетического варианта ОНМК, тактики ведения и проведения мероприятий, направленных на предотвращение повторного развития ОНМК.

16. В палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии в течение 3 часов с момента поступления каждому больному с ОНМК проводятся:

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

17. В палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии Отделения в течение всего срока пребывания каждому больному с ОНМК проводятся: - мониторинг неврологического статуса (не реже чем 1 раз в 4 часа, при необходимости чаще);

- мониторинг соматического статуса, включающий контроль за функцией сердечно-сосудистой, дыхательной системы и системы гомеостаза (не реже чем 1 раз в 4 часа, при необходимости чаще);

- мониторинг лабораторных показателей;

- мероприятия по предупреждению соматических осложнений и повторного развития ОНМК;

- оценка нутритивного статуса;

- ранняя медицинская реабилитация.

18. При наличии медицинских показаний в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии больному с ОНМК проводятся;

- транскраниальная микроэмболодетекция;

- транскраниальное доплеровское мониторирование;

- эхокардиография трансторакальная;

- системная тромболитическая терапия и (или) тромбоэмболэктомия.

19. В случае необходимости проведения больному с ОНМК искусственной вентиляции легких длительностью более 7 суток, при наличии сопутствующей патологии, влияющей на тяжесть состояния, больной по решению консилиума врачей переводится в отделение интенсивной терапии и реанимации (общей реанимации) медицинской организации.

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

21. Комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций нервной системы вследствие ОНМК, проводится бригадой специалистов Отделения, включающей врача лечебной физкультуры, врача по медицинской реабилитации, врача-физиотерапевта, логопеда, инструктора по лечебной физкультуре, медицинского психолога, социального работника и, при наличии медицинских показаний, иных специалистов, с первого дня оказания медицинской помощи в Отделении и продолжается после выписки больного, перенесшего ОНМК, из Отделения медицинскими организациями, осуществляющими медицинскую реабилитацию (Клиника «Радужная» ФГБУЗ МЦ «Решма» ФМБА России (Владимирская область, г.Радужный, квартал 17, д.11А), ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г.Владимира).

22. После окончания срока лечения в Отделении в стационарных условиях дальнейшие тактика ведения и медицинская реабилитация больного с ОНМК определяются врачами и заведующим Отделением.

23. Больные с ОНМК при наличии медицинских показаний направляются для проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские (Клиника «Радужная» ФГБУЗ МЦ «Решма» ФМБА России (Владимирская область, г.Радужный, квартал 17, д.11А), ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г.Владимира)

и санаторно-курортные организации, имеющие лицензию на медицинскую реабилитацию.

24. При определении медицинской организации для дальнейшего оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях или реабилитации больного, перенесшего ОНМК, рекомендуется оценивать уровень его мобильности по шкале реабилитационной маршрутизации (далее - ШРМ).

25. Больные с ОНМК, имеющие существенно ограниченные физические или психические возможности и нуждающиеся в интенсивной симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе, направляются в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь.

Алгоритм помощи при ОНМК на догоспитальном этапе

Врач (фельдшер) оценивает общее состояние больного и его жизненно важные функции (ЧСС, АД, ритмичность дыхания, ЧДД). Обращает внимание на наличие или отсутствие нарушений функций внешнего дыхания (цианоз лица и кистей, наличие дополнительных дыхательных шумов, рвотные массы на одежде и лице, западение языка). Производит анализ ЭКГ, оценивает неврологические расстройства.

Для исключения диабетической комы исследование глюкозы крови портативным глюкометром.

В случае диабетической комы - транспортировка больного в профильный стационар + оказание догоспитальной помощи.

Наличие клиники ОНМК: экспресс-диагностика (FAST): речевые нарушения, асимметрия лица, парез конечности.

Стабилизация витальных функций (корректировка АЩ на уровне 190 - 180/110 - 100 мм рт. ст.):

- избегать резкого снижения АД;
- не применять Фуросемид;
- не использовать сосудистые препараты, Пирацетам;
- нормализация функции внешнего дыхания (заведение воздуховода за корень языка, освобождение полости рта от рвотных масс, интубация трахеи и ИВЛ, подача увлажненного кислорода);
- купирование судорожного синдрома;
- стараться осуществлять в/в инфузии, преимущественно в вены кистей или стоп.

С целью выявления пациентов с предполагаемой окклюзией крупной церебральной артерии в дополнение к алгоритму оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе необходимо выполнить следующие действия:

- определить точное время начала заболевания (появление первых симптомов) или время последнего контакта с пациентом, если точное время начала заболевания неизвестно;
- оценить уровень сознания;
- оценить выраженность неврологического дефицита на основании догоспитальной шкалы оценки выраженности неврологического дефицита

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

- обеспечить сортировку на основании шкалы LAMS, уровня сознания, времени от начала заболевания до осмотра бригадой СМП:

а) при сумме баллов по шкале LAMS > 4 и времени от начала заболевания до осмотра бригадой СМП не более 4 часов медицинская эвакуация осуществляется в стационар, в котором возможно выполнение реперфузии с помощью эндоваскулярного вмешательства, после согласования с дежурными неврологом и врачом по рентгенэндоваскулярным методам диагностики и лечения;

б) при сумме баллов по шкале LAMS < 4 или если отмечается угнетение сознания до сопора или комы, или время от начала заболевания до осмотра бригадой СМП превышает 4 часа – медицинская эвакуация осуществляется в стационар согласно регламенту маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения, необходимо обеспечить максимально быструю медицинскую эвакуацию с учетом произведенной сортировки.

Оповестить приемное отделение ПСО (РСЦ) или кабинет круглосуточного КТ (МРТ) по телефону, сообщить о тяжести состояния больного: ЧСС, АД, ЧДД, степени нарушения сознания, наличии судорожного синдрома. Сообщить о необходимости осмотра реаниматологом. Экстренная транспортировка больного, минуя приемное отделение, в смотровой кабинет ПСО (РСЦ).

Контрольный лист о вероятном проведении тромболитической терапии, заполняемый врачебно-фельдшерской бригадой скорой медицинской помощи, транспортирующей больного с ОНМК, представлен в приложении № 1 к настоящему регламенту.

Шкала догоспитальной оценки тяжести инсульта (LAMS)

С целью оценки тяжести инсульта сотрудникам выездных бригад скорой медицинской помощи необходимо выполнить следующие действия.

Оценка лицевой мускулатуры.

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

– 0 баллов – нет асимметрии или минимальная асимметрия лица;

– 1 балл – частичный или полный паралич мимической мускулатуры в нижней трети лица с одной стороны или полное отсутствие движений мимической мускулатуры в верхних и нижних отделах лица с одной стороны.

Удержание рук.

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

– 0 баллов – руки удерживаются под углом 90° или 45° без малейшего опускания;

– 1 балл – одна рука медленно опускается, но производит некоторое сопротивление силе тяжести;

– 2 балла – рука быстро падает без сопротивления силе тяжести.

Сжимание кисти в кулак.

Попросить пациента плотно сжать указательный и средний пальцы в кулаке.

Оценить силу сжатия с двух сторон:

– 0 баллов – сжимает симметрично, сила не снижена;

– 1 балл – с одной стороны сжимает слабее;

– 2 балла – не сжимает, движения в кисти отсутствуют или имеют место минимальные движения.

Сумма баллов: от 0 до 5.

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

Алгоритм оказания нейрохирургической медицинской помощи больным с ОНМК, включая субарахноидальное кровоизлияние

Хирургическая тактика при острых нарушениях мозгового кровообращения, включая нетравматические субарахноидальные кровоизлияния (далее - САК), дифференцирована и зависит от вида ОНМК, его причин, локализации, размера, анатомической формы кровоизлияния, клинического течения, выраженности общемозговой симптоматики, выраженности дислокации мозга, сопутствующей патологии и др.

I. Геморрагический инсульт

Открытое хирургическое лечение показано больным с:

1. Субкортикальными гематомами (более 30 куб.см.) с нарушением сознания не глубже сопора,

2. Мозжечковыми гематомами 10-15 куб.см.

3. Путаменальными гематомами, имеющими масс-эффект, компримирующими желудочки, при быстро нарастающем угнетении сознания, при отсутствии тампонады желудочков - операция как реанимационное пособие.

4. При наличии в арсенале нейрохирургов нейронавигации или стереотаксиса возможно хирургическое лечение путаментальных и таламических кровоизлияний методом пункционной аспирации и локального фибринолиза. Использование локального фибринолиза не показано больным в состоянии сопора и комы.

5. Наружное дренирование боковых желудочков показано при развитии окклюзионной гидроцефалии при гематомах мозжечка малого объема без признаков дислокации ствола, при гемотампонаде желудочков.

II. Артериальные аневризмы (далее - АА)

Хирургическое вмешательство (открытая операция) производится при состоянии пациента по шкале Ханга-Хесса I-II степени, при отсутствии мозгового сосудистого спазма.

При III степени по шкале Ханта-Хесса вопрос об операции решается индивидуально.

При IV-V степени шкалы Ханта-Хесса больные оперативному лечению не подлежат.

III. Артериовенозные мальформации (далее - АВМ)

1. В остром периоде кровоизлияния - наличие гематомы, вызывающей сдавление и дислокацию головного мозга, показана трепанация черепа и удаление гематомы.

2. В холодном периоде - открытое удаление АВМ или эндоваскулярная окклюзия.

IV. Ишемический инсульт

При локализации очага ишемии в задней черепной ямке и развитии окклюзионной гидроцефалии может быть показана:

- ликворошунтирующая операция,
- декомпрессивная краниотомия задней черепной ямки,
- комбинация двух вышеперечисленных операций.

При полушарной локализации ишемического инсульта – в исключительных случаях производится декомпрессивная краниотомия.

Схема маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) представлена в приложении № 7.2 к настоящему регламенту.

Алгоритм организации нейрохирургической консультативной помощи больным с ОНМК, включая САК

1. С целью определения необходимости нейрохирургического вмешательства или перевода в РСЦ больных с ОНМК осуществляется консультация нейрохирурга в РСЦ, в том числе и в первичных сосудистых отделениях, находящихся в структуре МО, путем:

- телемедицинской связи;
- очной консультации нейрохирурга в медицинской организации.

2. Консультация нейрохирурга проводится после обязательного обследования больного (МРТ или КТ (при возможности проведения), анализы крови, мочи, коагулограмма, биохимические показатели крови, МНО, АЧТВ, ЭКГ, рентгенограмма легких). При предположении наличия артериальной аневризмы, АВМ или другой патологии сосудов мозга проводится МРТ-ангиография или КТ-ангиография, или церебральная ангиография (при возможности проведения).

3. Перевод больных в РСЦ осуществляется с согласия ответственного дежурного нейрохирурга РСЦ.

Противопоказания к нейрохирургическому вмешательству и переводу больных в РСЦ:

- состояние комы-шкала комы Глазго меньше 8;
- гипокоагуляция (нарушение свертываемости крови);
- обширный путаменно-таламический инсульт с прорывом крови в желудочки;

-тяжелые сопутствующие соматические заболевания в стадии декомпенсации, сопровождающиеся сердечной, почечной, печеночной недостаточностью;

- повторный инсульт с выраженными последствиями послепредшествующего инсульта;

- грубые психические расстройства;

- эпилептический статус;

- патология сердца и аорты: инфаркт миокарда, аневризма сердца, аневризма аорты, мерцательная аритмия различного генеза;

- множественные атеросклеротические поражения аорты и ее ветвей -сосудов сердца, головного мозга, конечностей;

- патология легких: пневмония различного генеза, отек легких;

3- патология печени с декомпенсацией функции;

- патология почек с декомпенсацией функции;

- сахарный диабет в стадии декомпенсации (некорректируемый сахар крови);

- шок, коллапс, артериальная гипотензия различного генеза; нерегулируемая артериальная гипертензия (злокачественные формы);

-злокачественные новообразования в 3-4 стадии, в том числе злокачественные заболевания крови;

-острые гнойно-воспалительные процессы;

-активные формы туберкулеза;

-острые инфекционные процессы.

Сроки лечения больных и нейрохирургическом отделении РСЦ определяются стандартами оказания медицинской помощи. Перевод больных из нейрохирургического отделения РСЦ при заживлении операционной раны производится для дальнейшего лечения:

- в первичные сосудистые отделения;

- в отделения реабилитации, в том числе в специализированные отделения санаторно-курортных организаций;

- в неврологические отделения медицинской организации по месту жительства;

- в медицинскую организацию по месту прикрепления.

Показания к плановой консультации нейрохирурга

1. Транзиторная ишемическая атака (далее - ТИА) - при выявленном гемодинамически значимом стенозе сосудов головы и шеи.

2. Предположение на наличие АА, АВМ после перенесенного нетравматического субарахноидального кровоизлияния (в холодном периоде).

3. Состояние после геморрагического инсульта при наличии постинсультной кисты, вызывающей компрессию головного мозга (при условии отсутствия жизнеугрожающей компрессии и дислокации головного мозга).

4. Состояние после ишемического инсульта с целью решения вопроса целесообразности операции ЭИКМА.

5. Патологическая извитость сонных артерий при наличии показаний к хирургическому лечению.

Показания к экстренной консультации нейрохирурга

1. Нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние. В случае нетранспортабельности пациента он включается в дистанционный мониторинг РСЦ для консультативно-методического сопровождения специалистами РСЦ. По мере стабилизации состояния и при сохраняющихся показаниях для нейрохирургической помощи больной транспортируется в РСЦ.

2. Внутримозговое нетравматическое кровоизлияние любой локализации.

3. Окклюзионная гидроцефалия, в том числе при ишемическом инсульте мозжечка.

4. Полушарная локализация ишемического инсульта с выраженным дислокационным синдромом (5 мм и более) при сохранении уровня сознания до комы.



Приложение № 1
к приложению № 7
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Контрольный лист
о вероятном проведении тромболитической терапии, заполняемый
врачебно-фельдшерской бригадой скорой медицинской помощи,
транспортирующей больного с ОНМК

ФИО _____ Возраст _____

1. Данные анамнеза настоящего заболевания:

- а) Известно ли время начала заболевания? _____
- б) Укажите время начала заболевания (чч/мм) _____
- в) Инсульт развился во время сна? (симптомы зафиксированы сразу после сна?)
- г) Симптомы возникли более 4,5 часов назад?
- д) Укажите какие симптомы имеют место: головная боль, головокружение, слабость в руке или ноге, нарушения речи (нужное подчеркнуть).

2. Данные анамнеза жизни:

	«Да»	«Нет»
Переносил ли инсульт за последние 3 месяца		
Переносил ли пациент геморрагический инсульт		
Инсульт в анамнезе + сахарный диабет		
Выполнялись ли какие-либо оперативные вмешательства в последние 3 месяца		
Была ли травма головы в последние 3 месяца		
Выполнялся ли аборт в последние 3 месяца		
Беременна ли сейчас пациентка		
Было ли обострение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки за последние 3 месяца		
Переносил ли пациент операции на головном и спинном мозге		
Устанавливался ли ранее диагноз опухоли мозга, аневризмы, АВМ		
Страдает ли пациент почечной и печеночной недостаточностью		
Страдает ли пациент острым панкреатитом, гепатитом, эндокардитом		
Отмечались ли ранее повышенная кровоточивость, находился ли пациент по этому поводу на лечении/обследовании		
Уровень сознания менее 12 баллов по шкале Глазго		
Получал ли пациент за 48 часов до инсульта гепарин, оральные антикоагулянты (варфарин, ривароксабан, апиксабан)		

Если в разделе данных анамнеза жизни отмечен хоть один квадратик в столбце «Да», то проведение тромболитической терапии больному противопоказано.

Лист заполнил врач/фельдшер _____ (ФИО) _____ (Дата) _____ (Подпись) _____ (Время)

(нужное подчеркнуть)

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



Приложение № 2
к приложению № 7
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Схема маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового
кровообращения (ОНМК)

Наименование и характеристики медицинской организации, численность профильных коек	Зоны обслуживания
<p>ГБУЗВО «Областная клиническая больница» Региональный сосудистый центр (РСЦ):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Неврологическое отделение для больных с ОНМК (50 коек) - Палаты реанимации и интенсивной терапии для больных с ОНМК в составе отделения ОНМК (9коек) - Нейрохирургическое отделение (43 койки) - Отделение реанимации и интенсивной терапии № 1 (12 коек) <p>Среднее время медицинской эвакуации пациента с ОНМК в зоне ответственности – 60 - 90 минут Способ госпитализации - минуя общее приемное отделение</p> <p>Количества компьютерных томографов - 1 (128 срезов) в здании РСЦ и 1 (64 среза) в хирургическом корпусе Количество магнитно-резонансных томографов - 1 (3.0 Т) в здании хирургического корпуса Количество рентгенангиографических установок – 2 в здании РСЦ</p>	<p>городской округ Гусь-Хрустальный,</p> <p>Гусь-Хрустальный район (без поселков Золотково и Добрятино)</p> <p>Собинский муниципальный округ</p> <p>Судогодский район</p> <p>городской округ ЗАТО г. Радужный</p> <p>Петушинский муниципальный округ</p> <p>городской округ Покров</p>
<p>ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г. Владимира» Первичное сосудистое отделение 1 (ПСО1):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Неврологические отделения для больных с ОНМК (68 коек) - Палаты реанимации и интенсивной терапии для больных с ОНМК в составе отделений ОНМК (18 коек) Отделение реанимации и интенсивной терапии (6 коек) 	<p>г. Владимир</p> <p>Суздальский район</p>

<p>Среднее время медицинской эвакуации пациента с ОНМК в зоне ответственности – 15 - 45 минут Способ госпитализации - минуя общее приемное отделение Количества компьютерных томографов - 1 (64 среза) в здании ПСО Количество рентгенангиографических установок – 2 в здании ПСО для больных с ОКС</p>	<p>Камешковский район, населенные пункты: Круглово, Дмитриково, Мирный, Высоково, Второво, Патакино, Суслово, Гатиха, Пенкино, Н. Быковка Юрьев-Польский район</p>
<p>ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница» Региональный сосудистый центр (РСЦ): - Неврологическое отделение для больных с ОНМК – 33 - Палата реанимации и интенсивной терапии для больных с ОНМК в составе отделения ОНМК (6 коек) - Отделение реанимации и интенсивной терапии (6 коек) Среднее время медицинской эвакуации пациента с ОНМК в зоне ответственности – 15 - 60 минут Способ госпитализации - минуя общее приемное отделение Количества компьютерных томографов - 1 (64 среза) в здании ПСО и 1 (64 среза) в соседнем здании</p>	<p>г. Муром, Муромский район Меленковский район Селивановский район Вязниковский район (деревня Паустово) Гороховецкий район (село Фоминки) Гусь-Хрустальный район (поселки Золотково и Добрятино)</p>
<p>ГБУЗ ВО «Центральная городская больница города Коврова» Региональный сосудистый центр РСЦ) - Неврологическое отделение для больных с ОНМК (43 койки) - Палаты реанимации и интенсивной терапии в составе отделения ОНМК (8 коек) - Отделение реанимации и интенсивной терапии (9 коек) Среднее время медицинской эвакуации пациента с ОНМК в зоне ответственности – 15 - 120 минут</p>	<p>Гороховецкий район (без села Фоминки) г. Ковров, Ковровский район</p>

<p>Способ госпитализации - минуя общее приемное отделение</p> <p>Количества компьютерных томографов - 1 (64 среза) в здании ПСО</p> <p>Количество рентгенангиографических установок – 1 в здании ПСО</p>	<p>Камешковский район, без населенных пунктов: Круглово, Дмитриково, Мирный, Высоково, Второво, Патакино, Суслово, Гатиха, Пенкино, Н. Быковка</p> <p>Вязниковский район (без деревни Паустово)</p>
<p>ГБУЗ ВО «Александровская районная больница» Региональный сосудистый центр (РСЦ):</p> <ul style="list-style-type: none"> – неврологические для больных с ОНМК – 40 – реанимационные – 15 (в том числе неврологические для больных с ОНМК – 7) – нейрохирургические – 10 <p>Среднее время медицинской эвакуации пациента с ОНМК в зоне ответственности – 15 - 60 минут</p> <p>Способ госпитализации - минуя общее приемное отделение</p> <p>Количества компьютерных томографов - 1 (64 среза) в здании РСЦ и 1 (64 среза) в соседнем здании</p> <p>Количество магнитно-резонансных томографов - 1 (1.5 Т) в здании РСЦ</p> <p>Количество рентгенангиографических установок – 1 в здании РСЦ</p>	<p>всего</p> <p>Александровский район</p> <p>Киржачский район</p> <p>Кольчугинский район</p>



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

1. Перечень медицинских организаций, проводящих выявление стенотического поражения экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий методами скринингового ультразвукового обследования и/или компьютерно-томографической ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий, оказывающих первичную, в том числе первичную специализированную, медико-санитарную помощь:

ГБУЗВО «Областная клиническая больница»

ГБУЗ ВО «Центральная поликлиника г. Владимира»

ГБУЗ ВО «Городская больница № 2 г.Владимира»

ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г.Владимира»

ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница № 5 г. Владимира имени Л.К. Кирилловой»

ГБУЗ ВО «Городская больница № 6 г.Владимира»

ГБУЗ ВО «Городская больница № 7 г.Владимира»

ГБУЗ ВО «Александровская районная больница»

ГБУЗ ВО «Вязниковская центральная районная больница»

ГБУЗ ВО «Гороховецкая центральная районная больница»

ГБУЗ ВО «Центральная районная больница № 1»

ГБУЗ ВО «Камешковская центральная районная больница»

ГБУЗ ВО «Киржачская районная больница»

ГБУЗ ВО «Ковровская многопрофильная городская больница № 1»

ГБУЗ ВО «Ковровская городская больница № 2»

ГБУЗ ВО «Центральная городская больница города Коврова»

ГБУЗ ВО «Ковровская районная больница»

ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»

ГБУЗ ВО «Меленковская центральная районная больница»

ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»

ГБУЗ ВО «Петушинская районная больница»

ГБУЗ ВО «Городская больница ЗАТО г. Радужный Владимирской области»

ГБУЗ ВО «Селивановская центральная районная больница»

ГБУЗ ВО «Собинская районная больница»

ГБУЗ ВО «Судогодская центральная районная больница имени Пospelова»

ГБУЗ ВО «Суздальская районная больница»

ГБУЗ ВО «Юрьев-Польская центральная районная больница»

ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Муром» (структурное подразделение, расположенное в г. Владимире)

ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Муром» (структурное подразделение, расположенное в г. Муром)

ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Муром» (структурное подразделение, расположенное в г. Ковров)

ООО «Эльче».

2. Перечень медицинских организаций, проводящих выявление стенотического поражения экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий методами скринингового ультразвукового обследования и/или компьютерно-томографической ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях:

ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»

ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г.Владимира»

ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница № 5 г. Владимира имени Л.К. Кирилловой»

ГБУЗ ВО «Александровская районная больница»

ГБУЗ ВО «Вязниковская центральная районная больница»

ГБУЗ ВО «Гороховецкая центральная районная больница»

ГБУЗ ВО «Центральная районная больница № 1»

ГБУЗ ВО «Киржачская районная больница»

ГБУЗ ВО «Центральная городская больница города Коврова»

ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»

ГБУЗ ВО «Меленковская центральная районная больница»

ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»

ГБУЗ ВО «Петушинская районная больница»

ГБУЗ ВО «Городская больница ЗАТО г. Радужный Владимирской области»

ГБУЗ ВО «Селивановская центральная районная больница»

ГБУЗ ВО «Собинская районная больница»

ГБУЗ ВО «Судогодская центральная районная больница имени Пospelова»

ГБУЗ ВО «Суздальская районная больница»

ГБУЗ ВО «Юрьев-Польская центральная районная больница»

3. Перечень медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий:

ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница».

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

4.1 Для диагностики стенотического поражения брахиоцефальных артерий последовательно применяются следующие методы исследования:

а) физикальные:

- пальпация сонных артерий (ослабление пульсации сонных артерий на стороне поражения);

- аускультация артерий шеи (систолический шум на сонных артериях);

б) инструментальные:

- ультразвуковая доплерография сосудов дуги аорты;

- дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (ДС БЦА);
- МРТ или КТ ангиография артерий шеи;
- церебральная ангиография.

4.2 В качестве доступных скрининговых методов для диагностики стенозирующих поражений брахиоцефальных артерий следует использовать физикальные методы исследования, ультразвуковую доплерографию сосудов дуги аорты и дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий.

4.3 Физикальные методы исследования брахиоцефальных артерий выполняются врачами первичного звена при осмотре всех пациентов, имеющих факторы риска сердечно-сосудистых катастроф, с признаками хронической недостаточности мозгового кровообращения, пациентам, имеющим в анамнезе ОНМК или преходящее нарушение мозгового кровообращения.

4.4 Ультразвуковая доплерография сосудов дуги аорты и дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий проводится группам пациентов, указанным в предыдущем пункте в учреждениях здравоохранения области, оказывающих первичную, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь (п.1 настоящего регламента).

4.5 При наличии диагностированного стеноза до 50 % (при отсутствии признаков нестабильности бляшки по данным ДС БЦА) проводится консервативное лечение основного заболевания (атеросклероза) и рекомендуется повторное ДС БЦА через 12 месяцев.

4.6 При стенозе 50 – 69 % при асимптомном течении (при отсутствии признаков нестабильности бляшки по данным ДС БЦА) рекомендуется проведение медикаментозной терапии (антиагреганты, статины, коррекция факторов риска прогрессирования атеросклероза), контрольное ДС через 6 месяцев.

4.7 При наличии признаков нестабильности бляшки по данным ДС БЦА независимо от степени стеноза показана госпитализация пациента в нейрохирургическое отделение ОКБ для хирургической коррекции по экстренным показаниям.

4.8 При стенозе 50 – 69 % в случае симптомного течения (наличие у пациента в анамнезе указаний на ишемический инсульт, преходящее нарушение мозгового кровообращения, монокулярную слепоту в гомолатеральном бассейне) пациент рассматривается как кандидат на проведение хирургического лечения. Требуется направление на консультацию нейрохирурга ОКБ.

4.9 При стенозе 70 % и более независимо от типа течения показана консультация нейрохирурга ОКБ для решения вопроса о хирургическом лечении.

5. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам со стенозирующим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий на этапе оказания стационарной медицинской помощи:

5.1 При диагностировании стеноза брахиоцефальных артерий по данным дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий, МСКТ или МРТ

ангиографии церебральных артерий у пациента, находящегося на лечении в стационаре, в том числе с ТИА или ОНМК, возможен перевод пациента в ОКБ для проведения хирургической коррекции непосредственно из стационара, в котором находится пациент. Перевод осуществляется после предварительного согласования даты госпитализации пациента между представителями администрации медицинских организаций (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе или иное ответственное лицо, наделенное соответствующими полномочиями).

5.2 Для принятия решения о переводе в ОКБ с целью хирургической коррекции стенозов брахиоцефальных артерий необходима подробная информация о пациенте, в том числе жалобы, анамнез, неврологический и соматический статус, данные о динамике заболевания, результаты лабораторно-инструментальных методов исследования, дата развития ОНМК, реабилитационный потенциал, настрой пациента в отношении хирургической коррекции.

6. Список контактов ответственных лиц всех медицинских организаций и служб, задействованных в оказании медицинской помощи пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий, представлен в приложении № 1 к настоящему регламенту.

Алгоритм взаимодействия регионального сосудистого центра (РСЦ) с первичными сосудистыми центрами (ПСО) и другими государственными бюджетными учреждениями здравоохранения области в части оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями

1. Порядок направлен на организацию взаимодействия между лечебными учреждениями при оказании медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, исходя из необходимости достижения следующих целей и задач:

- улучшение качества и сокращение сроков оказания первой медицинской и первой врачебной помощи при сосудистых заболеваниях;

- максимально возможное сокращение сроков доставки и концентрации больных с сосудистыми заболеваниями в специализированных сосудистых центрах, имеющих материально-техническую и кадровую возможность оказания различных видов (реанимация и интенсивная терапия, неврология, кардиология, реабилитация) специализированной медицинской помощи в круглосуточном режиме;

- соблюдение правил «терапевтического окна» при доставке пациентов в сосудистые отделения и оказании им специализированной медицинской помощи;

- эффективного взаимодействия первичных сосудистых отделений (ПСО) и других медицинских организаций при оказании медицинской помощи на всех этапах лечения;

- использования мероприятий реабилитационного и восстановительного лечения больным с сосудистыми заболеваниями.

2.1. Государственные бюджетные учреждения здравоохранения Владимирской области, оказывающие населению первичную медико-санитарную, в том числе первичную специализированную, медицинскую помощь, а также скорую медицинскую помощь, обеспечивают:

2.1.1. направление и доставку пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) или острым коронарным синдромом (ОКС) согласно схемам маршрутизации, утвержденным распоряжением Министерства здравоохранения Владимирской области от 18.03.2021 № 247 «О совершенствовании маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом и острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Владимирской области», в ПСО и РСЦ и оказание медицинской помощи больным с ОНМК или ОКС на догоспитальном этапе в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи, в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций (с 01.01.2022), с учетом стандартов медицинской помощи.

2.1.2. диспансерное наблюдение пациентов, перенесших ОНМК или ОКС, выписанных из ПСО и РСЦ.

2.1.3. проведение мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний среди прикрепленного населения, в том числе своевременное лекарственное обеспечение пациентов, перенесших ОНМК или ОКС.

2.1.4. проведение третьего этапа реабилитации пациентов, перенесших ОНМК или ОКС.

2.1.5. направление пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, при наличии показаний, в медицинские организации, оказывающие данной категории больных специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

2.1.6. преемственность в оказании медицинской помощи пациентам, перенесшим ОНМК или ОКС, соблюдая рекомендации, полученные на предыдущих этапах.

2.2. Первичные сосудистые отделения осуществляют:

2.2.1. госпитализацию пациентов с ОНМК или ОКС, направленных государственными бюджетными учреждениями здравоохранения Владимирской области, оказывающими населению первичную медико-санитарную, в том числе первичную специализированную медицинскую помощь, а также скорую медицинскую помощь в соответствии со схемами маршрутизации, утвержденными распоряжением Департамента здравоохранения Владимирской области от 18.03.2021 № 247 «О совершенствовании маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом и острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Владимирской области».

2.2.2. госпитализацию пациентов с признаками ОНМК или ОКС, обратившихся в ПСО в порядке самообращения при подтверждении диагноза в ходе обследования, проведенного в приемном отделении.

2.2.3. оказание специализированной медицинской помощи больным с ОНМК или ОКС в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи, в соответствии с Порядками оказания медицинской

помощи, на основе клинических рекомендаций (с 01.01.2022), с учетом стандартов медицинской помощи.

2.2.4. проведение пациентам с ОНМК или ОКС, находящимся на стационарном лечении, мероприятий первого этапа медицинской реабилитации.

2.2.5. направление пациентов, перенесших ОНМК или ОКС по окончании проведенного стационарного лечения при наличии показаний в медицинские организации, имеющие в своем составе подразделения, осуществляющие мероприятия второго этапа медицинской реабилитации.

2.2.6. направление пациентов, перенесших ОНМК или ОКС, по окончании проведенного стационарного лечения при наличии показаний в медицинские организации, имеющие в своем составе подразделения, осуществляющие оказание паллиативной медицинской помощи.

2.2.7. направление пациентов, перенесших ОНМК или ОКС, при наличии показаний в РСЦ для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

2.2.8. выдачу рекомендаций по дальнейшему ведению пациентов, перенесших ОНМК или ОКС, после окончания стационарного этапа, в том числе рекомендаций, касающихся вторичной профилактики острых сосудистых катастроф.

2.2.9. госпитализацию пациентов из РСЦ, при достижении критериев стабилизации состояния, при необходимости продолжения лечения в стационарных условиях после окончания лечения в РСЦ, по согласованию сторон.

2.2.10. запрос консультативной помощи при наличии показаний у РСЦ, в том числе с использованием телемедицинских технологий.

2.2.11. участие в формировании единого информационно-технологического пространства для оперативного управления системой предоставления медицинской помощи больным сосудистой патологией.

2.3. Региональный сосудистый центр обеспечивает организацию оказания медицинской помощи в круглосуточном режиме больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) и при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля, а именно:

2.3.1. госпитализацию пациентов с ОНМК или ОКС, направленных государственными бюджетными учреждениями здравоохранения Владимирской области, оказывающими населению первичную медико-санитарную, в том числе первичную специализированную медицинскую помощь, а также скорую медицинскую помощь в соответствии со схемами маршрутизации, утвержденными распоряжением Министерства здравоохранения Владимирской области от 18.03.2021 № 247 «О совершенствовании маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом и острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Владимирской области».

2.3.2. госпитализацию пациентов с признаками ОНМК или ОКС, обратившихся в ПСО в порядке самообращения, при подтверждении диагноза в ходе обследования, проведенного в приемном отделении.

2.3.3. оказание специализированной медицинской помощи больным с ОНМК или ОКС в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи, в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, на основе

клинических рекомендаций (с 01.01.2022), с учетом стандартов медицинской помощи.

2.3.4. проведение пациентам с ОНМК или ОКС, находящимся на стационарном лечении, мероприятий первого этапа медицинской реабилитации.

2.3.5. направление пациентов, перенесших ОНМК или ОКС, по окончании проведенного стационарного лечения при наличии показаний в медицинские организации, имеющие в своем составе подразделения, осуществляющие мероприятия второго этапа медицинской реабилитации.

2.3.6. направление пациентов, перенесших ОНМК или ОКС, по окончании проведенного стационарного лечения при наличии показаний в медицинские организации, имеющие в своем составе подразделения, осуществляющие оказание паллиативной медицинской помощи.

2.3.7. направление пациентов, перенесших ОНМК или ОКС, при наличии показаний в федеральные медицинские организации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

2.3.8. госпитализация пациентов с ОНМК и ОКС с территории всей области для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (при наличии условий для её оказания).

2.3.9. выдачу рекомендаций по дальнейшему ведению пациентов, перенесших ОНМК или ОКС, после окончания стационарного этапа, в том числе рекомендаций, касающихся вторичной профилактики острых сосудистых катастроф.

2.3.10. госпитализацию пациентов из федеральных медицинских организаций, при достижении критериев стабилизации состояния, при необходимости продолжения лечения в стационарных условиях после окончания лечения, по согласованию сторон.

2.3.11. запрос консультативной помощи при наличии показаний у федеральных медицинских организаций с использованием телемедицинских технологий.

2.3.12. участие в формировании единого информационно-технологического пространства для оперативного управления системой предоставления медицинской помощи больным сосудистой патологией.

2.3.13. оказание экстренной и плановой консультативно-диагностической помощи больным, находящимся в первичных сосудистых отделениях области и других медицинских организациях области.

2.3.14. оказание организационно-методической помощи первичным сосудистым отделениям и другим медицинским организациям области.



Приложение № 1
к приложению № 8
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

ГБУЗВО «Областная клиническая больница»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по медицинской части	(4922) 40-71-85
2	Заведующий региональным сосудистым центром	(4922) 40-70-25
3	Заведующий неврологическим отделением для больных с ОНМК	(4922) 40-70-28
4	Заведующий нейрохирургическим отделением	(4922) 40-70-40
5	Заведующий отделением рентгенхирургических методов диагностики и лечения	(4922) 40-70-03
6	Заведующий отделением сосудистой хирургии	(4922) 40-71-06
7	Заведующий консультативной службой	(4922) 32-90-20

ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г. Владимира»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по медицинской части	(4922) 32-34-46
2	Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе	(4922) 53-00-36
3	Заведующий 1-м неврологическим отделением для больных с ОНМК	(4922) 32-61-69
4	Заведующий неврологическим отделением для больных с ОНМК	(4922) 45-16-49
5	Заведующий неврологическим отделением для больных с ОНМК	(4922) 32-41-84

ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по медицинской части	(49234) 4-66-02
2	Заведующий неврологическим отделением для больных с ОНМК	(49234) 3-26-80

ГБУЗ ВО «Центральная городская больница г. Коврова»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по РСЦ	(49232) 3-81-70
2	Заведующий неврологическим отделением для больных с ОНМК	(49232) 3-81-64

ГБУЗ ВО «Александровская районная больница»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по медицинской части	(49244) 2-67-41
2	Руководитель РСЦ	8(999) 613-49-57



Регламент проведения телемедицинских консультаций

Настоящий регламент регулирует вопросы проведения ТМК пациентам с ССЗ (далее – Регламент ТМК) во Владимирской области.

Регламент формируется на основании и в соответствии с:

частью 1 статьи 36.2 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и подпунктом 5.2.17(1) пункта 5 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608,

в соответствии с приказом Минздрава России от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (с 01.09.2025 в соответствии с приказом № 193н от 25.04.2025 «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»),

в соответствии с приказом Минздрава Владимирской области от 20.08.2024 № 821 «О порядке организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в учреждениях государственной системы здравоохранения Владимирской области.

Телемедицинские технологии применяются при организации и оказании медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи пациентам с сердечно–сосудистыми заболеваниями.

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.

ТМК осуществляются в единой Региональной телемедицинской медицинской информационной системе (далее – РТМИС) в защищенном контуре для проведения ТМК на уровне области. Точкой входа для всех медицинских организаций и медицинских сотрудников является закрытый защищенный контур, при этом каждый медицинский работник, подключенный к системе, сверяется с федеральным реестром медицинских работников. Заявки на ТМК направляются в МО 2го и 3го уровня для проведения дистанционных консультаций с любого уровня оказания медицинской помощи пациентам с БСК.

Консультации с применением телемедицинских технологий проводятся по схеме согласно приложению № 1 к настоящему регламенту.

1. Консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой при оказании медицинской помощи в экстренной, неотложной и плановой формах;

2. Консультации с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой в целях вынесения заключения по результатам диагностических исследований;

3. Консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями при оказании медицинской помощи;

4. Дистанционное медицинское наблюдение за состоянием здоровья пациента (далее - дистанционное наблюдение).

По срокам оказания консультации делятся на: экстренные (до 2 часов), неотложные (до суток), плановые (до 5 рабочих дней).

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 ранее на очном приеме (осмотре, консультации).

В случае обращения пациента без предварительного установления диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации) медицинское заключение может содержать рекомендации пациенту или его законному представителю о необходимости проведения предварительных обследований, а также дате и месте проведения очного приема (осмотра, консультации).

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.

Амбулаторные консультации осуществляются для пациентов с БСК, состоящих на диспансерном учете у врача терапевта и врача кардиолога по следующим показаниям:

- Инфаркт миокарда или ОНМК в анамнезе; не менее 2х раз в год.
- Иные пациенты, имеющие право на льготу согласно приказу 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...», не менее 2х раз в год на территориях, не обеспеченных кардиологическим приемом.
- Жизнеугрожающее нарушение ритма (по показаниям, в начальном периоде наблюдения ежемесячно, до стабилизации ритма при медикаментозном лечении, либо после оперативного вмешательства).
- ХСН с ФВ менее 40% с целью коррекции лечения и проведения дополнительного обследования, либо отбора на ВМП, не менее 2х раз в год;

- Коррекция лечения пациентов, получающих липидснижающую терапию и не достигших целевого значения ЛПНП;
- Лечение коморбидных пациентов с АГ высокого риска, состоящих на диспансерном наблюдении (по показаниям);
- Маршрутизация пациентов с хронической ИБС, имеющих показания для проведения нагрузочных проб, либо диагностической коронароангиографии с целью последующего направления на плановую реваскуляризацию.
- Пациенты со стенозирующими поражениями периферических сосудов, не менее 2х раз в год.
- Наличие приобретенных, либо врожденных пороков клапанов сердца, вне зависимости от имевшегося ранее оперативного лечения.
- Иные состояния, требующие консультации кардиолога по вновь выявленным показаниям.

Алгоритм действий врача при направлении на ТМК, в том числе в федеральные центры

В личном кабинете РТМС любой врач может подать заявку на получение консультации специалиста нужного профиля или увидеть поступившие заявки. Из самой заявки возможен просмотр анамнеза пациента, подключение к видеоконференции, к чату с участниками консультации, может сделать запрос дополнительной информации.

В случае осуществления консультаций с применением телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи вне медицинской организации или в амбулаторных условиях консультирующая медицинская организация обеспечивает мобильные средства связи и оборудование для проведения консультаций.

Заявки поступают в стационар 3 уровня круглосуточно от медицинских организаций 1 и 2 уровня, к амбулаторным кардиологам – в будние дни. Прием, регистрацию и распределение заявок по врачам- исполнителям осуществляет диспетчер центра (либо врач -кардиолог), затем протоколы консультаций после загрузки в систему направляются в организации, подавшие заявку.

При подаче заявки при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой при оказании медицинской помощи в плановой форме лечащий врач: предварительно обеспечивает проведение обследования пациента по имеющемуся у пациента заболеванию или состоянию, по которому требуется проведение консультации (консилиума врачей); оформляет направление на консультацию; подготавливает данные о состоянии здоровья пациента (данные осмотра, диагностических и лабораторных исследований, иные данные, полученные в том числе по результатам дистанционного наблюдения), полученные в том числе с использованием систем поддержки принятия врачебных решений, в электронном виде и направляет их консультанту (врачам - участникам консилиума) либо обеспечивает дистанционный доступ к соответствующим данным о состоянии здоровья пациента.

Итоговым документом при организации и оказании медицинской помощи при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой является:

а) медицинское заключение медицинского работника сторонней медицинской организации, привлекаемого для проведения консультации и (или) участия в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий (далее соответственно - консультант, врачи - участники консилиума) по вопросам оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности направления в специализированное отделение медицинской организации либо медицинской эвакуации;

б) протокол консилиума врачей по вопросам оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности направления в специализированное отделение медицинской организации либо медицинской эвакуации (далее - протокол консилиума врачей).

Документация подлежит внесению в электронную медицинскую карту пациента медицинской информационной системы консультирующей медицинской организации. Хранение документации осуществляется в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья, в том числе в форме электронных документов.

При проведении ТМК в экстренном и плановом порядке формируются чек-листы по нозологиям с указанием основных позиций, которые должны быть отражены в медицинской документации, направляемой на ТМК.



Приложение № 1
к приложению № 9
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Консультации с применением телемедицинских технологий
проводятся по схеме

№ п/п	Уровень	МО/подразделение МО, иницирующая / иницирующее ТМК/ТК	Консультирующая МО	Форма ТМК/ТК
1.	1-й уровень	Фельдшерско-акушерский пункт, сельская врачебная амбулатория, участковая больница, офис врача общей практики	Центральная районная больница, районная больница, городская больница, городская поликлиника	Экстренная, неотложная, плановая
2.	2-й уровень	Центральная районная больница, районная больница, городская больница, городская поликлиника	КЦ ТМК (согласно Перечню Приложения 2 настоящего приказа)	Экстренная, неотложная, плановая
3.	3-й уровень	ТМК (в соответствии с Соглашением)	Федеральные и государственные медицинские организации, осуществляющие деятельность за пределами Владимирской области	Экстренная, неотложная, плановая



Регламент маршрутизации пациентов с острой ишемией нижних конечностей

1. Перечень медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам с ишемией нижних конечностей:

ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»

ГБУЗ ВО «Александровская районная больница»

ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» (15 коек сосудистой хирургии в хирургическом отделении № 2)

2. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с критической ишемией нижних конечностей на этапе первичной медико-санитарной помощи:

Для диагностики с критической ишемией нижних конечностей последовательно применяются следующие методы исследования:

а) физикальные:

- пальпация магистральных артерий нижних конечностей (ослабление или полное отсутствие пульсации на стороне поражения);

б) инструментальные:

- ультразвуковая доплерография сосудов нижних конечностей;

- дуплексное сканирование артерий нижних конечностей;

- МРТ или КТ ангиография артерий нижних конечностей и брюшной аорты;

- прямая ангиография артерий нижних конечностей.

3. При наличии диагностированного стеноза до 90% (при отсутствии признаков нестабильности бляшки по данным УЗДС) проводится консервативное лечение основного заболевания (атеросклероза) и рекомендуется повторное УЗДС через 12 месяцев.

4. При окклюзирующих поражениях и дальности ходьбы менее 200 метров рекомендована консультация сосудистого хирурга ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница» и ГБУЗ ВО «Александровская районная больница». При наличии в учреждении ангиографической установки и необходимого инструментария рассмотреть возможность проведения хирургической коррекции в условиях ОРМДиЛ: ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница», ГБУЗ ВО «Центральная городская больница г. Коврова», ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи города Владимира».

5. При наличии признаков критической ишемии по данным физикального обследования, анамнеза, инструментальных исследований (УЗДС, КТ, МРТ, прямая ангиография) для хирургической коррекции по экстренным показаниям показана госпитализация пациента:

а) в отделение сердечно-сосудистой хирургии ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница».

б) в отделение сердечно-сосудистой хирургии ГБУЗ ВО «Александровская районная больница».

6. Список контактов ответственных лиц всех медицинских организаций и служб, задействованных в оказании медицинской помощи пациентам с ишемией нижних конечностей, представлен в приложении № 1 к настоящему регламенту.

7. Схема маршрутизации пациентов с критической ишемией нижних конечностей представлена в приложении № 2 к настоящему регламенту.

8. Список контактных телефонов для консультирования в экстренных случаях.

- Главный врач ГБУЗ ВО «Вязниковская районная больница», контактный телефон 8 (49233) 2-57-95;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Центральная районная больница № 1», контактный телефон 8 (49241) 2-38-94;

- И.о. главного врача ГБУЗ ВО «Центральная городская больница г. Коврова», контактный телефон 8 (49232) 3-86-09;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница», контактный телефон 8 (49234) 6-38-41;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Суздальская районная больница», контактный телефон 8 (49231) 2-42-11;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Собинская районная больница», контактный телефон (49242) 2-28-54;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Киржачская районная больница», контактный телефон 8 (49237) 2-31-44;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница», контактный телефон 8 (49245) 2-38-11;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Александровская районная больница», контактный телефон 8(49244) 2-00-45;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница № 5 г. Владимира имени Л.К. Кирилловой», контактный телефон 8 (4922) 21-44-29;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница», контактный телефон 8 (4922) 45-90-09, 32-96-64, 32-61-79;

- Главный врач ГБУЗ ВО «Городская больница №4 г. Владимира», контактный телефон 8(4922) 43-03-72, 43-15-66.

8. Реабилитационные мероприятия определены распоряжением Министерства здравоохранения Владимирской области от 25.02.2022 № 230 «О совершенствовании организации медицинской реабилитации взрослого населения Владимирской области».

9. Ответственный за проведение телемедицинских консультаций с федеральными центрами по вопросу хирургического лечения аритмий, контактный телефон 8(4922) 36-64-97.

10. Для анализа деятельности МО, оказывающих помощь больным с ХСН, не реже 1 раза в квартал ГВС кардиолог направляет в Министерство здравоохранения Владимирской области отчет по форме приложения № 3 к настоящему регламенту.



Приложение № 1
к приложению № 10
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по медицинской части	8 (4922) 40-71-85
2	Заведующий отделением рентгенхирургических методов диагностики и лечения	8 (4922) 40-70-03
3	Заведующий отделением сосудистой хирургии	8 (4922) 40-71-06
4	Заведующий консультативной службой	8 (4922) 32-90-20

ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г. Владимира»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по медицинской части	8 (4922) 32-34-46
2	Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе	8 (4922) 53-00-36

ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по медицинской части	8 (49234)4-66-02
2	Руководитель РСЦ, зав. ОРХМДиЛ	8 (920) 907-00-07

ГБУЗ ВО «Центральная городская больница г. Коврова»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по РСЦ	8 (49232)3-81-70
2	Заместитель главного врача по медицинской части, зав. ОРХМДиЛ	8 (915) 761-85-13

ГБУЗ ВО «Александровская районная больница»

№ п/п	Должность	Телефон
1	Заместитель главного врача по медицинской части	8 (49244) 2-00-45
2	Руководитель РСЦ, зав. ОРХМДиЛ	8 (999) 613-49-57
3	Врач сердечно-сосудистый хирург	8 (915) 603-32-42



Приложение № 2
к приложению № 10
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Схема маршрутизации пациентов с критической ишемией нижних конечностей

Наименование и характеристики медицинской организации, численность профильных коек	Зоны обслуживания, численность населения
<p>ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница» Региональный сосудистый центр (РСЦ):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Неврологическое отделение для больных с ОНМК (50 коек) - Палаты реанимации и интенсивной терапии для больных с ОНМК в составе отделения ОНМК (9 коек) - Нейрохирургическое отделение (43 койки) - Отделение реанимации и интенсивной терапии № 1 (12 коек) <p>Среднее время медицинской эвакуации пациента с ОНМК в зоне ответственности – 60 - 90 минут</p> <p>Способ госпитализации - минуя общее приемное отделение</p> <p>Количества компьютерных томографов - 1 (128 срезов) в здании РСЦ и 1 (64 среза) в хирургическом корпусе</p> <p>Количество магнитно-резонансных томографов - 1 (3.0 Т) в здании хирургического корпуса</p> <p>Количество рентгенангиографических установок – 2 в здании РСЦ</p>	городской округ Гусь-Хрустальный
	Гусь-Хрустальный район (без поселков Золотково и Добрятино)
	Собинский муниципальный округ
	Судогодский район
	городской округ ЗАТО г. Радужный
	Камешковский район
	г. Муром, Муромский район
	Меленковский район
	Селивановский район
	Вязниковский район
	Гороховецкий район (село Фоминки)
	Гусь-Хрустальный район (поселки Золотково и Добрятино)
	Гороховецкий район (без села Фоминки)
г. Ковров, Ковровский район	
<p>Городская клиническая больница скорой медицинской помощи города Владимира</p>	г. Владимир, Суздальский район
<p>ГБУЗ ВО «Александровская районная больница» Региональный сосудистый центр (РСЦ):</p> <ul style="list-style-type: none"> – неврологические для больных с ОНМК – 40 	Александровский район
	Киржачский район

– реанимационные – 15 (в том числе неврологические для больных с ОНМК – 7) – сосудистой хирургии – 14 Среднее время медицинской эвакуации пациента с ОНМК в зоне ответственности – 15 - 60 минут Способ госпитализации - минуя общее приемное отделение Количества компьютерных томографов - 1 (64 среза) в здании РСЦ и 1 (64 среза) в здании хирургического корпуса Количество магнитно-резонансных томографов - 1 (1.5 Т), в здании РСЦ Количество рентгенангиографических установок – 1, в здании РСЦ	Кольчугинский район
	Юрьев-Польский район
	городской округ Покров
	Петушинский муниципальный округ

Маршрутизация пациентов в кардиологические отделения

Наименование МО, осуществляющей оказания медицинской помощи	Зона обслуживания	население
ГБУЗ ВО «Вязниковская районная больница»	Вязниковский район Гороховецкий район	64 214 20 074
ГБУЗ ВО «Центральная районная больница № 1»	Гусь-Хрустальный район	89 175
ГБУЗ ВО «Центральная городская больница города Коврова»	Камешковский район Ковровский район	27 179 162 546
ГБУЗ ВО «Муромская центральная районная больница»	Муромский район Меленковский район Селивановский район	127 211 30 766 16 923
ГБУЗ ВО «Киржачская районная больница»	Киржачский район	38 868
ГБУЗ ВО «Кольчугинская центральная районная больница»	Кольчугинский район Юрьев-Польский район	49 583 32 695
ГБУЗ ВО Александровская районная больница»	Александровский район	103 814
ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница № 5 г.Владимира имени Л.К. Кирилловой»	Фрунзенский район г. Владимира	105 676
ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница»	Судогодский район ЗАТО г. Радужный Собинский район Петушинский район Суздальский район	18 281 35 558 50 874 59 788 45 238
ГБУЗ ВО «Городская больница №4 города Владимира»	Октябрьский район, Ленинский район г. Владимира	244 545



Приложение № 3
к приложению № 10
приказа Министерства здравоохранения
Владимирской области
от 18.02.2026 № 2-н

Ежеквартальный отчет главного кардиолога

Наименование МО	Количество больных, поступивших с диагнозом мерцательная аритмия			Поступили повторно	Из них состоит на Диспансерном учете.	Проведено электрических кардиоверсий	Направлено хирургическое лечение аритмии
	Пароксиз- мальная	Персисти- рующая	Хроническая				



**Регламент
маршрутизации пациентов с врожденными и приобретенными
пороками клапанов сердца**

1. Настоящий Регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи пациентам с врожденными и приобретенными пороками клапанов сердца (далее - ВиППКС).

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

3. 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.

4. Определение:

Врожденные пороки сердца - это аномалии морфологического развития сердца, его клапанного аппарата и магистральных сосудов, возникшие на 2-8-й неделе внутриутробного развития в результате нарушения процессов эмбриогенеза. Эти дефекты могут встречаться изолированно или в сочетании друг с другом.

Приобретенные клапанные пороки сердца - заболевания, в основе которых лежат морфологические и/или функциональные изменения одного или нескольких его клапанов. Изменения клапанов могут быть в виде стеноза, недостаточности или их сочетания.

5. Диагностика:

5.1. Этап оказания первичной медико-санитарной помощи.

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

5.1.2. Направление на консультацию к кардиологу в поликлинику по месту жительства.

5.2. Этап оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи (кардиолог поликлиники):

5.2.1. Сбор жалоб, физикальные данные.

5.2.2. Направление на исследования: эхокардиография (поликлиника по месту жительства), лабораторные исследования (клинический и биохимический анализ крови, коагулограмма).

5.2.3. При наличии показаний (декомпенсированная сердечная

недостаточность) госпитализация в стационар по месту жительства. При стабильном состоянии и выявленном ВиППКС направление на консультацию к врачу кардиологу.

5.3. Этап оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи (кардиолог консультативного отделения РСЦ):

5.3.1. Сбор жалоб, физикальные данные.

5.3.2 Направление на исследования: для проведения ЭХОКГ экспертного класса (при необходимости), в том числе при наличии показаний, КТ или МРТ сердца с контрастированием (при наличии показаний), нагрузочные тесты определяют показания для проведения коронарографии. В случае невозможности выполнения исследований в амбулаторных условиях направление пациента на выполнение исследований стационарно в кардиологическое отделение РСЦ.

5.3.3. При наличии показаний направление на консультацию к сердечно-сосудистому хирургу.

5.4. Критерии направления на консультацию сердечно-сосудистого хирурга: отбор пациентов для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи согласно действующим клиническим рекомендациям (пороки клапанов сердца средней и тяжелой степени, критические).

6. По результатам дополнительного обследования решением мультидисциплинарной команды (врачи кардиолог, сердечно-сосудистый хирург и врач по рентгеноэндоваскулярным диагностике и лечению) пациент направляется в отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения (ОРХМДиЛ) РСЦ, или при отсутствии возможности выполнения операции в условиях РСЦ, проводится телемедицинская консультация с профильным НМИЦ для решения вопроса о хирургическом методе ведения пациента.

Форма ежедневного мониторинга догоспитального тромбозиса представлена в приложении № 1 к настоящему регламенту.

7. Направление на госпитализацию в кардиохирургическое отделение осуществляется из всех поликлиник медицинских организаций (далее - МО) по месту жительства по форме 057/у, по заключению мультидисциплинарной команды ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница» или по результатам телемедицинской консультации через региональную телемедицинскую систему дистанционных консультаций, а также переводом из отделений кардиологии РСЦ.

8. По решению ВК по окончании стационарного этапа или с амбулаторного этапа пациент после выполненного хирургического лечения при наличии реабилитационного потенциала направляется на медицинскую реабилитацию с указанием МО, оказывающей специализированную помощь по профилю «медицинская реабилитация», или специализированные санаторно-курортные учреждения.

9. Диспансерное наблюдение за пациентами после выполненного хирургического лечения ВиППКС осуществляется врачом-кардиологом по месту жительства и в Кабинете/ЦУР 2 уровня. Постановка под диспансерное наблюдение, внесение в региональный Регистр пациентов с БСК, лекарственное обеспечение проводится в соответствии с алгоритмом к настоящему порядку маршрутизации.



