



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 05.02.2024

№ 20

Об утверждении Порядка маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Ивановской области

В соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», в целях совершенствования организации оказания специализированной медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Ивановской области, **п р и к а з ы в а ю**:

1. Утвердить Порядок маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Ивановской области (приложение к приказу).
2. Главным врачам областных бюджетных учреждений здравоохранения Ивановской области, подведомственных Департаменту здравоохранения Ивановской области (далее – Департамент), обеспечить соблюдение Порядка маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями при оказании медицинской помощи.
3. Главным внештатным специалистам Департамента здравоохранения Ивановской области: кардиологу, по скорой медицинской помощи осуществлять в пределах компетенции постоянный контроль за соблюдением порядка маршрутизации пациентов с острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями (состояниями).
4. Главным врачам областных бюджетных учреждений здравоохранения Ивановской области, подведомственных Департаменту, оказывающих медицинскую помощь при хронической сердечной недостаточности в амбулаторных и стационарных условиях обеспечить применение кодирования хронической сердечной недостаточности (далее – ХСН) в медицинской информационной системе вторым кодом (осложнение основного диагноза) - код I50 по МКБ-10 - в случаях наличия стадии ХСН 2Б - 3 и/или функционального класса III - IV и/или фракции сердечного выброса по методу Симпсона менее 40%
5. Главному внештатному специалисту кардиологу Департамента здравоохранения Ивановской области обеспечить:

5.1. Оказание организационно-методической помощи областным бюджетным учреждениям здравоохранения Ивановской области, подведомственным Департаменту, при оказании медицинской помощи пациентам с острыми и хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

5.2. Проведение анализа показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь при остром коронарном синдроме с предоставлением ежемесячно отчета по форме приложения 8 к регламенту маршрутизации пациентов с ОКС в управление организации медицинской помощи взрослому населению и ведомственного контроля качества медицинской деятельности Департамента.

5.3. Контроль за диспансерным наблюдением пациентов с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе пациентов с хронической сердечной недостаточностью, с предоставлением не реже 1 раза в 3 месяца отчета по результатам анализа в управление организации медицинской помощи взрослому населению и ведомственного контроля качества медицинской деятельности.

6. Приказ Департамента здравоохранения Ивановской области от 21.02.2023 № 49 «Об утверждении Порядка маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Ивановской области» признать утратившим силу.

7. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя директора Департамента здравоохранения Ивановской области Слабинскую Т.В.

**Исполняющий обязанности директора
Департамента здравоохранения
Ивановской области**



А.В. Горелова

**Порядок маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми
заболеваниями
на территории Ивановской области**

1. Настоящий Порядок маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Ивановской области (далее – Порядок) устанавливает правила оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в медицинских организациях Ивановской области в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ивановской области (далее - медицинская помощь).
2. Формирование схем маршрутизации при отдельных заболеваниях/состояниях базируется на принципах территориального планирования, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи с учетом действующих клинических рекомендаций и стандартов оказания медицинской помощи.
3. Медицинская помощь оказывается в виде:
 - первичной медико-санитарной помощи;
 - скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
 - специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.
4. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю «кардиология» в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ивановской области представлен в приложении 1.
5. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую, в том числе скорую специализированную медицинскую помощь при болезнях системы кровообращения в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ивановской области представлен в приложении 2.
6. Перечень медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «кардиология» в рамках Территориальной программы государственных

гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ивановской области представлен в приложении 3.

7. Регламент маршрутизации пациентов с ОКС представлен в приложении 4.
8. Регламент маршрутизации пациентов с другими острыми и неотложными сердечно-сосудистыми состояниями представлен в приложении 5.
9. Регламент маршрутизации пациентов с ХСН представлен в приложении 6.
10. Регламент маршрутизации пациентов с хроническими формами сердечно-сосудистых заболеваний представлен в приложении 7.

Приложение 1
к порядку маршрутизации пациентов
с сердечно-сосудистыми заболеваниями
на территории Ивановской области

**Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную
специализированную медико-санитарную помощь по профилю
«кардиология» в рамках Территориальной программы государственных
гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на
территории Ивановской области**

1. ОБУЗ «Кардиологический диспансер»
2. ОБУЗ «ИвОКБ»
3. ОБУЗ Вичугская ЦРБ
4. ОБУЗ «Кинешемская ЦРБ»
5. ОБУЗ «Тейковская ЦРБ»
6. ОБУЗ «Шуйская ЦРБ»

Приложение 2
к порядку маршрутизации пациентов
с сердечно-сосудистыми заболеваниями
на территории Ивановской области

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую, в том числе скорую специализированную медицинскую помощь при болезнях системы кровообращения в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ивановской области

1. ОБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» г. Иваново
2. ОБУЗ Вичугская ЦРБ
3. ОБУЗ «Кинешемская ЦРБ»
4. ОБУЗ «Тейковская ЦРБ»
5. ОБУЗ «Шуйская ЦРБ»
6. ОБУЗ Верхнеландеховская ЦРБ
7. ОБУЗ «Гаврилово – Посадская ЦРБ»
8. ОБУЗ Ильинская ЦРБ
9. ОБУЗ «Комсомольская ЦБ»
10. ОБУЗ Лежневская ЦРБ
11. ОБУЗ «Лухская ЦРБ»
12. ОБУЗ «Палехская ЦРБ»
13. ОБУЗ «Пестяковская ЦРБ»
14. ОБУЗ Приволжская ЦРБ
15. ОБУЗ Пучежская ЦРБ
16. ОБУЗ «Родниковская ЦРБ»
17. ОБУЗ Фурмановская ЦРБ
18. ОБУЗ «Южская ЦРБ»

Приложение 3
к порядку маршрутизации пациентов
с сердечно-сосудистыми заболеваниями
на территории Ивановской области

**Перечень медицинских организаций, оказывающих специализированную,
в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю
«кардиология» в рамках Территориальной программы государственных
гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на
территории Ивановской области**

1. ОБУЗ «Кардиологический диспансер»
2. ОБУЗ «ИвОКБ»
3. ОБУЗ «Городская клиническая больница № 3 г. Иванова»
4. ОБУЗ «Кинешемская ЦРБ»
5. ОБУЗ «Шуйская ЦРБ»

Регламент маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом на территории Ивановской области

1. Общие положения

1.1. Настоящий регламент устанавливает порядок оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (далее – ОКС) в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на территории Ивановской области.

1.2. Оказание медицинской помощи осуществляется медицинскими организациями, имеющими лицензию на оказание скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также медицинскими организациями, имеющими лицензию на оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю «кардиология».

1.3. Медицинская помощь оказывается в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации и иным лицам при наличии ОКС или подозрении на ОКС в соответствии с настоящим регламентом.

2. Алгоритм диагностики и оказания помощи пациентам с ОКС на догоспитальном этапе.

2.1. Оказание медицинской помощи пациентам с ОКС на догоспитальном этапе осуществляется на основе действующих клинических рекомендаций Минздрава России, размещенных на сайте <http://cr.rosminzdrav.ru/>, Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденного Приказом Минздрава России от 15.11.2012 г. № 918 н в действующей редакции, а также стандартов медицинской помощи.

2.2. При подозрении на ОКС исследование ЭКГ должно быть проведено бригадой скорой медицинской помощи в срок до 10 минут от момента прибытия на вызов. Время регистрации и интерпретации ЭКГ считается первым медицинским контактом.

2.3. При наличии депрессии сегмента $ST \geq 0,05\text{мВ}$ в отведениях V_1-V_3 , особенно с позитивными зубцами Т, рекомендуется зарегистрировать ЭКГ в отведениях V_7-V_9

2.4. При подозрении на ОКС осуществляется передача ЭКГ в кардиологический

дистанционно-консультативный пункт с использованием средств дистанционной передачи ЭКГ в соответствии с разделом 4 настоящего регламента и информирование медицинской организации о предстоящей госпитализации.

2.5. В зависимости от выявленных изменений (наличие/отсутствие подъема сегмента ST ЭКГ) определяется дальнейшая маршрутизация пациента.

2.6. Маршрутизация пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST осуществляется в зависимости от длительности ожидаемого времени доставки до ЧКВ-центра и оценивается от первого контакта пациента с медицинским работником

2.7. Если персонал СМП или персонал медицинской организации, не являющейся ЧКВ-центром, рассчитывает, что время от момента постановки диагноза ОКС с подъемом сегмента ST до проведения проводника в инфаркт-связанную артерию не должно превышать 120 минут, следует выбрать тактику первичного ЧКВ и не проводить ТЛТ. Этот временной отрезок включает время транспортировки (не более 60 минут) и время от постановки/подтверждения диагноза в ЧКВ-центре до проведения проводника в инфаркт-связанную артерию (не более 60 минут).

Если после постановки диагноза ОКС с подъемом сегмента ST бригадой СМП пациент госпитализирован не в ЧКВ-центр и расчетное время от момента постановки диагноза до первичного ЧКВ (проведение проводника в инфаркт-связанную артерию) не превышает 120 минут, пациент должен быть транспортирован в ЧКВ-центр по территориальному признаку согласно приложению 1 к настоящему регламенту, при этом время от доставки в ПСО без ЧКВ до начала транспортировки в ЧКВ-центр не должно превышать 30 минут.

2.8. Если персонал СМП или персонал медицинской организации, не являющейся ЧКВ-центром, рассчитывает, что время от момента постановки диагноза ОКС с подъемом сегмента ST до проведения проводника в инфаркт-связанную артерию превысит 120 минут, пациенту показана тромболитическая терапия (ТЛТ).

Проведение ТЛТ осуществляется в соответствии с «Контрольный листом принятия решения бригадой скорой медицинской помощи о проведении пациенту с острым инфарктом миокарда тромболитической терапии» (приложение 4 к настоящему регламенту) с последующей госпитализацией в медицинскую организацию, в структуре которой имеется ЧКВ-центр, согласно территориальному прикреплению взрослого населения для оказания медицинской помощи с применением чрескожных коронарных вмешательств (приложение 1 к настоящему регламенту).

2.9. ЭКГ критериями для начала реперфузионной терапии являются:

- стойкие подъемы сегмента ST $\geq 0,1$ мВ как минимум в двух смежных отведениях ЭКГ ($\geq 0,25$ мВ у мужчин до 40 лет/0,2 мВ у мужчин старше 40 лет и $\geq 0,15$ мВ у женщин в отведениях V_2 - V_3)
- или остро возникшая блокада левой ножки пучка Гиса.
- Сочетание депрессий сегмента ST $\geq 0,1$ мВ во многих отведениях $> 0,1$ мВ в сочетании с подъемами сегмента ST в отведениях aVR и/или V_1 свидетельствующих о многососудистом поражении или поражении ствола левой коронарной артерии.

Тромболитическая терапия должна быть начата в течение 10 минут от постановки диагноза (запись и интерпретация ЭКГ), но не более 30 минут от начала первого медицинского контакта.

2.10. Транспортировка в медицинскую организацию, в структуре которой имеется ЧКВ-центр, должна осуществляться сразу после начала тромболитической терапии, не ожидая ее результатов.

2.11. Госпитализация пациента с ОКС с подъемом сегмента ST должна осуществляться первой же бригадой скорой медицинской помощи, избегая передачи вызовов специализированным бригадам.

2.12. При принятии решения о госпитализации пациента с ОКС в медицинскую организацию, в структуре которой имеется ЧКВ-центр, сотрудник скорой медицинской помощи уведомляет персонал соответствующего подразделения о начале транспортировки пациента и предполагаемом времени прибытия по телефонам, указанным в разделе 5 настоящего регламента.

2.13. При наличии показаний к госпитализации в РСЦ доставка пациентов из отдаленных и труднодоступных районов осуществляется службой санитарной авиации.

2.14. Маршрутизация пациентов с ОКС без подъема сегмента ST осуществляется с учетом стратификации риска (приложение 5 к настоящему регламенту):

- пациенты, относящиеся к группе очень высокого и высокого риска, госпитализируются в медицинскую организацию, в структуре которой имеется ЧКВ-центр;

- пациенты с ОКС без подъема сегмента ST, относящиеся к группе умеренного или низкого риска, госпитализируются в первичные сосудистые отделения.

2.15. Если при ОКС без подъема сегмента ST недостаточно данных для стратификации риска на догоспитальном этапе, необходимо провести дистанционную консультацию с сотрудниками ЧКВ-центра для определения дальнейшей тактики лечения.

2.18. В случае сомнительного диагноза ОКС без подъема сегмента ST назначение двойной дезагрегантной терапии может быть отложено до поступления в стационар.

2.19. После оказания пациенту медицинской помощи заполняется медицинская документация с указанием в карте вызова и сопроводительном талоне времени начала симптомов ишемии, начала первого медицинского контакта, времени установки диагноза (интерпретация ЭКГ) и эвакуации пациента в стационар, а также оказанной медицинской помощи.

2.20. Во всех случаях оказания медицинской помощи пациенту с ОКС на догоспитальном этапе дополнительно оформляется чек-лист оказания медицинской помощи при ОКС на догоспитальном этапе (приложение 6 к настоящему регламенту)

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

3.1. Оказание медицинской помощи пациентам с ОКС в стационарных условиях осуществляется на основе действующих клинических рекомендаций Минздрава России размещенных на сайте <http://cr.rosminzdrav.ru/>, Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденного Приказом Минздрава России от 15.11.2012 г. № 918 н в действующей редакции, а также действующих стандартов лечения, утвержденных Минздравом России.

3.2. Пациенты с ОКС госпитализируются непосредственно в блок реанимации и интенсивной терапии, минуя приемное отделение.

3.3. В условиях блока реанимации и интенсивной терапии должно быть обеспечено мониторирование жизненно важных функций организма и ЭКГ.

3.4. Реабилитация пациентов с ОКС начинается в условиях БРИТ и продолжается в условиях кардиологического или специализированного реабилитационного отделения в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» взрослым, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 г. № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».

3.5. При наличии показаний рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST должны быть начаты как можно скорее, чтобы обеспечить восстановление кровотока до 60 минут от момента поступления или 120 минут от момента первого медицинского контакта. У пациентов, которым на догоспитальном этапе (или в другом стационаре) проведена успешная тромболитическая терапия, эндоваскулярное вмешательство проводится в течение 2-24 часов. При неуспешном тромболитическом эндоваскулярном вмешательстве проводится незамедлительно

(«спасительное» ЧКВ)

3.6. Госпитализация пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST осуществляется в медицинскую организацию, в структуре которой имеется ЧКВ-центр в соответствии с территориальным прикреплением (приложение 1) в максимально короткие сроки. При наличии показаний и отсутствии противопоказаний решить вопрос о проведении тромболитической терапии, руководствуясь пп. 2.8.-2.9. настоящего регламента и приложением 4 к настоящему регламенту.

3.7. При установлении диагноза ОКС без подъема сегмента ST (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда без подъема сегмента ST) в медицинской организации, в структуре которой нет ЧКВ-центра, необходимо осуществлять перевод пациентов, относящихся к группам очень высокого и высокого риска в ЧКВ-центр в соответствии с территориальным прикреплением (приложение 1) по согласованию с РСЦ в сроки, предусмотренные клиническим рекомендациями, размещенными на сайте <http://cr.rosminzdrav.ru/>.

3.8. При умеренном или низком риске больные с ОКС без подъема сегмента ST могут проходить лечение в медицинских организациях, в структуре которых отсутствует ЧКВ-центр. Сведения о поступлении таких пациентов доводятся до сведения руководителя РСЦ в ходе видеоселекторных совещаний в ежедневном режиме по будним дням.

3.9. Пациенты с ОКС с терминальной стадией хронической почечной недостаточности на программном гемодиализе госпитализируются в ЧКВ-центр независимо от наличия/отсутствия подъема сегмента ST ЭКГ.

3.10. После проведения чрескожной ангиопластики и стабильном состоянии возможен перевод пациента из ЧКВ-центра в ПСО или специализированное отделение реабилитации, для продолжения лечения и реабилитации в соответствии с территориальной принадлежностью

3.11. По окончании стационарного лечения сведения о пациентах, перенесших острый инфаркт миокарда, а также о пациентах, которым была выполнена ангиопластика коронарных артерий со стентированием передаются в ОБУЗОТ МИАЦ посредством защищенной сети передачи данных для включения в региональный регистр пациентов, получающих льготное лекарственное обеспечение в соответствии с перечнем, утвержденным действующим нормативно-правовым актом Минздрава России, регламентирующим льготное лекарственное обеспечение указанных категорий пациентов.

3.12. При выписке из ПСО или РСЦ указанных в п. 3.10 категорий пациентов, на руки им выдаются рецепты на лекарственные препараты в соответствии с перечнем, утвержденным, Минздравом России, в объеме двухмесячной потребности.

3.13. Маршрутизация пациентов с ОКС при проведении медицинской реабилитации осуществляется в соответствии с Приказом Департамента здравоохранения Ивановской области от 02.02.2022 г. № 23 «Об организации медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» взрослому населению на территории Ивановской области.

3.14. Диспансерное наблюдение пациентов после перенесенного ОКС осуществляется в соответствии с порядком диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденным Приказом Минздрава России от 15.03.2022 г. № 168н

4. Порядок взаимодействия медицинских организаций и служб, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ОКС, включая межрегиональное взаимодействие с медицинскими учреждениями регионального и федерального уровней

4.1. При наличии характерного болевого синдрома и (или) его эквивалентов, при необходимости проведения дифференциальной диагностики ОКС, врач (фельдшер), оказывающий медицинскую помощь пациенту, осуществляет регистрацию ЭКГ с помощью системы дистанционной передачи ЭКГ.

4.2. По окончании записи врач (фельдшер) уведомляет о предстоящей передаче врача кардиологического дистанционно-консультативного пункта (далее – КДКП) по телефону и передает полученную запись в КДКП для расшифровки.

4.3. Врач КДКП осуществляет:

- прием файла с записью ЭКГ с помощью программы приема ЭКГ;
- расшифровку записи ЭКГ;
- сохранение файла с записью ЭКГ в компьютерной базе данных.

4.4. Врач КДКП сообщает медицинскому работнику, осуществившему передачу ЭКГ, результаты расшифровки ЭКГ в устной форме.

4.5. Врач КДКП фиксирует результаты расшифровки ЭКГ в журнале дистанционного приема ЭКГ.

4.6. Окончательное решение о маршрутизации пациента с острым коронарным синдромом или с подозрением на острый коронарный синдром принимает медицинский работник, непосредственно оказывающий медицинскую помощь данному пациенту с учетом существующей нормативной базы.

4.7. При невозможности первичной госпитализации пациентов с ОКС в профильные отделения в виду тяжести состояния, либо при невозможности перевода пациента в ЧКВ-центр при наличии показаний к переводу ввиду тяжести состояния и высокого риска транспортировки, обеспечивается

регулярное консультирование пациента профильным специалистом, в том числе с применением телемедицинских технологий, до стабилизации состояния пациента и возможности транспортировки.

4.8. Решение о необходимости перевода пациента в ЧКВ-центр должно быть принято в течение часа после госпитализации пациента в ПСО после консультации с сотрудниками ЧКВ-центра (при необходимости).

4.9. При наличии необходимости перевода в ЧКВ-центр транспортировка пациента с ОКС с подъемом сегмента ST и ОКС без подъема сегмента ST очень высокого риска должна быть осуществлена не позднее 30 минут от госпитализации.

4.10. Во всех остальных случаях вопросы маршрутизации, тактика ведения пациентов с ОКС, включая решение о переводе пациентов из ПСО в РСЦ, в ежедневном режиме по будним дням обсуждаются руководителем РСЦ, заведующими ПСО и лицами, ответственными за организацию работы скорой медицинской помощи медицинских организаций в ходе видеоселекторных совещаний.

4.10. Перевод пациентов из ПСО в РСЦ осуществляется силами скорой медицинской помощи, а при необходимости также с привлечением службы санитарной авиации.

4.11. Тактика ведения пациентов с ОКС, находящихся на лечении в РСЦ, при необходимости согласуется руководителем РСЦ с профильными федеральными медицинскими организациями посредством проведения телемедицинских консультаций и виртуальных обходов.

5. Список контактов для взаимодействия с ответственными лицами и службами медицинских организаций, задействованных в оказании медицинской помощи пациентам с ОКС.

5.1. РСЦ на базе ОБУЗ «ИвОКБ» – (4932) 500-112

5.2. ЧКВ-центр на базе ОБУЗ «Кинешемская ЦРБ» - (49331) 5-13-17; (49331) 5-15-08

5.3. Центральная диспетчерская служба – 03; 103

5.4. КДКП на базе ОБУЗ «Кардиологический диспансер» - (4932) 41-22-35; +7-

963-150-90-505.5. ПСО на базе «ОБУЗ «Кардиологический диспансер» - (4932) 32-67-89; (4932) 30-16-36

5.6. ПСО на базе ОБУЗ «Шуйская ЦРБ» - (49351) 4-26-16

Приложение 1
к регламенту маршрутизации пациентов с ОКС

Территориальное прикрепление взрослого населения для оказания медицинской помощи с применением чрескожных коронарных вмешательств (в ЧКВ-центрах)

№ п/п	Наименование медицинской организации	Перечень прикрепленных территорий	Численность прикрепленного населения	Число РА-установок	Число коек	Контакты ответственного
1.	Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Кинешемская центральная районная больница» - ПСО с ЧКВ	<ul style="list-style-type: none">- г.о. Кинешма- Кинешемский муниципальный район- Заволжский муниципальный район- Юрьевецкий муниципальный район- г.о. Вичуга- Вичугский муниципальный район- Пучежский муниципальный район	152,4 тыс. чел.	1	25 (20+5 ПриИТ)	Борисова Ирина Борисовна – заведующая отделением (49331) 5-13-17

2.	Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Ивановская областная клиническая больница» - РСЦ	<ul style="list-style-type: none"> - г.о. Иваново, - Ивановский муниципальный район - г.о. Шуя - Шуйский муниципальный район - Палехский муниципальный район - Южский муниципальный район - Верхне-Ландеховский муниципальный район - Пестяковский муниципальный район - Савинский муниципальный район - Лежневский муниципальный район - Комсомольский муниципальный район - Родниковский муниципальный район - Лухский муниципальный район - Фурмановский муниципальный район - Приволжский муниципальный район - Ильинский муниципальный район - г.о. Тейково -Тейковский муниципальный район - Гаврилово-Посадский муниципальный район 	653,3 тыс. чел.	2	50 (40+10 ПриИТ)	Орлов Роман Борисович – руководитель РСЦ (4932) 500-112
----	--	---	-----------------	---	------------------	---

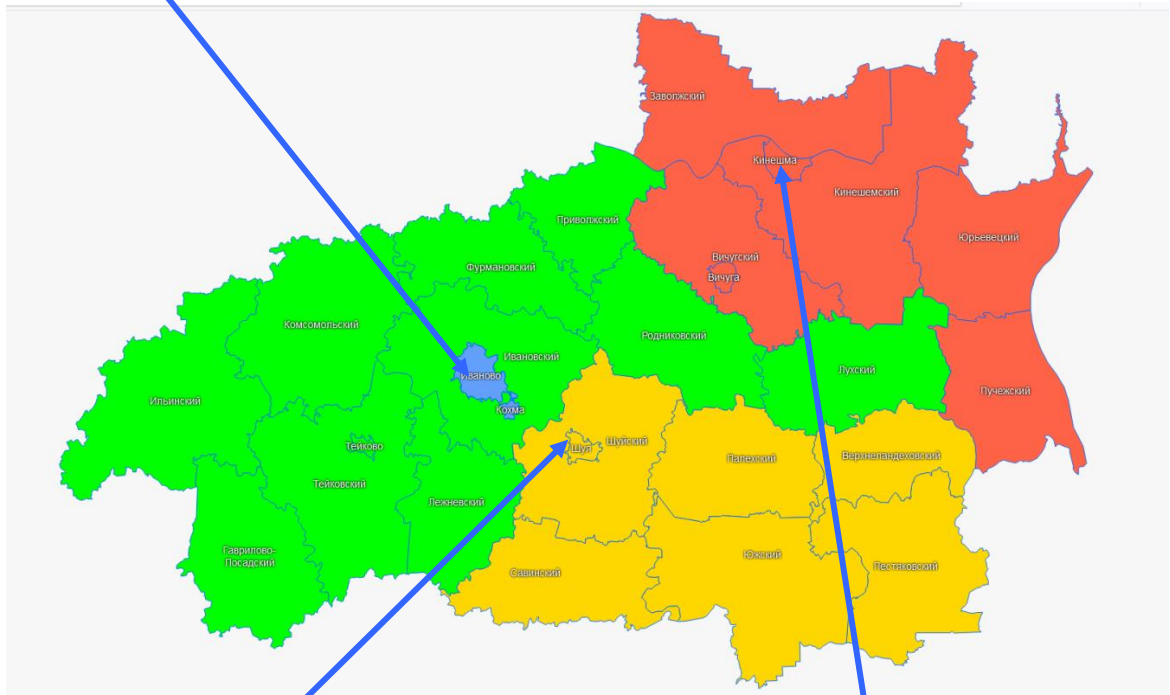
**Территориальное прикрепление взрослого населения
Ивановской области к первичным сосудистым отделениям**

№ п/п	Наименование медицинской организации	Перечень прикрепленных территорий	Численность прикрепленного населения	Число коек	Контакты ответственного
1.	Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Кинешемская центральная районная больница» - ПСО	<ul style="list-style-type: none"> - г.о. Кинешма - Кинешемский муниципальный район - Заволжский муниципальный район - Юрьеvecкий муниципальный район - г.о. Вичуга - Вичугский муниципальный район - Пучежский муниципальный район 	152,4 тыс. чел.	25 (20+5 ПРиИТ)	Борисова Ирина Борисовна – заведующая отделением (49331) 5-13-17
2.	Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Шуйская центральная районная больница» - ПСО	<ul style="list-style-type: none"> - г.о. Шуя - Шуйский муниципальный район - Палехский муниципальный район - Южский муниципальный район - Верхне–Ландеховский муниципальный район - Пестяковский муниципальный район - Савинский муниципальный район 	104,6 тыс. чел.	15 (12+3 ПРиИТ)	Ермаков Роман Николаевич – заведующий отделением (49351) 4-26-16

3.	Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Кардиологический диспансер» - ПСО	<ul style="list-style-type: none"> - г.о. Иваново - Ивановский муниципальный район (кроме района обслуживания ОБУЗ «Кохомская ГБ») - Лежневский муниципальный район - Комсомольский муниципальный район - Родниковский муниципальный район - Лухский муниципальный район - Фурмановский муниципальный район - Приволжский муниципальный район - Ильинский муниципальный район - г.о. Тейково -Тейковский муниципальный район - Гаврилово-Посадский муниципальный район 	511,3 тыс. чел.	60 (48+12 ПРиИТ)	Тихонов Александр Сергеевич – заведующий отделением (4932) 32-67-89
4.	Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Ивановская областная клиническая больница» - РСЦ	<ul style="list-style-type: none"> - г.о. Кохма - Ивановский муниципальный район (район обслуживания ОБУЗ «Кохомская городская больница») 	37,44 тыс. чел.	50 (40+10 ПРиИТ)	Орлов Роман Борисович – руководитель РСЦ (4932) 500-112

Схема доставки пациентов с ОКС в первичные сосудистые отделения

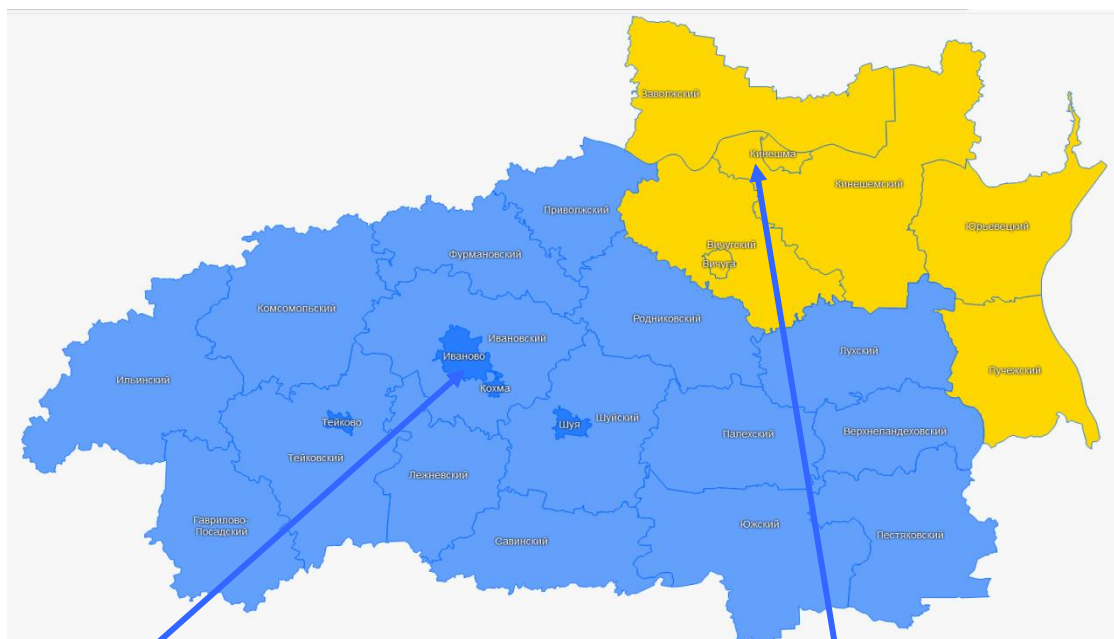
ПСО на базе
ОБУЗ «Кардиологический диспансер» - 60 коек



ПСО на базе ОБУЗ «Шуйская ЦРБ» -
15 коек

ПСО на базе ОБУЗ «Кинешемская ЦРБ»
- 25 коек

Схема доставки пациентов с ОКС в ЧКВ-центры



ЧКВ-центр на базе РСЦ (ОБУЗ
ИВОКБ) - 50 коек

ЧКВ-центр на базе ПСО ОБУЗ
«Кинешемская ЦРБ» - 25 коек

Контрольный лист

принятия решения бригадой скорой медицинской помощи о проведении пациенту с острым инфарктом миокарда тромболитической терапии

Дата: ____ / ____ / ____ г.

ФИО больного _____

Возраст _____ лет

Пол: м/ж

Масса тела _____ кг

Условия для догоспитальной тромболитической терапии
(для проведения ТЛТ на все вопросы должен быть ответ «Да»)

	Да	Нет
Больной ориентирован, может общаться.		
Характерный для ОКС болевой синдром и/или его эквиваленты продолжающиеся не менее 20 минут, но не более 12 часов.		
Выполнена регистрация ЭКГ в 12 отведениях.		
Есть подъем сегмента ST на 1 мм и более (в отведениях V1-V3 – 1,5 мм и более у женщин 2 мм и более у мужчин) в двух или более смежных отведениях ЭКГ.		
Предполагаемое время транспортировки до ЧКВ-центра превышает 60 минут.		
В период транспортировки больного имеется возможность постоянного мониторингового контроля ЭКГ (допускается в одном отведении), внутривенных инфузий (в кубитальной вене установлен катетер) и срочного применения дефибриллятора.		

Противопоказания к тромболитической терапии
(для проведения ТЛТ на все вопросы должен быть ответ «Нет»)

	Да	Нет
Систолическое давление крови не превышает 180 мм рт. ст.		
Диастолическое давление крови не превышает 110 мм рт. ст.		
Разница уровней систолического давления крови, измеренного на правой и левой руке не превышает 15 мм рт. ст.		
Характер болевого синдрома не соответствует расслоению аорты		
Указания на перенесенный ишемический инсульт в течение последних 6 мес		
Клинические признаки кровотечения любой локализации (в том числе желудочно-кишечные и урогенитальные) или появления геморрагического синдрома на момент осмотра		
Желудочно-кишечные кровотечения в предшествующие 30 дней		
Выраженная печеночная недостаточность		
Большая хирургическая или серьезная травма с гематомами и/или кровотечением в течение последних 30 дней		
Обострение язвенной болезни		
Использование пероральных антикоагулянтов		
Беременность или 1 неделя после родов		

Ранее перенесенный геморрагический инсульт или ОНМК неизвестной этиологии		
Повреждения или новообразования ЦНС		
Артериовенозные мальформации ЦНС		
Пункция некомпрессируемых сосудов		
Биопсия печени		
Спинальная пункция в течение предыдущих 24 часов		

ТЛТ показана?

ДА

НЕТ

Эффективность ТЛТ (ЭКГ через 60 мин в худшем отведении от окончания ТЛТ)

ДА (возвращение ST на > 50% от исходного)

НЕТ

Осложнения ТЛТ: **НЕТ** **ЕСТЬ** (массивное кровотечение, ОНМК, другое _____)

Дата _____ 20__ г Время _____ ФИО _____ Подпись _____

Памятка медицинскому работнику, проводящему ТЛТ

Сопутствующая ТЛТ антитромботическая терапия:

- 1) АСПИРИН (если не был дан СП) 250 мг разжевать.
- 2) КЛОПИДОГРЕЛ (если не дан СП) 300 мг лицам до 75лет, 75мг после 75 лет
- 3) АНТИТРОМБИНЫ (в порядке предпочтения)

При ТЛТ **альтеплазой, проурокиназой, тенектеплазой-** ЭНОКСАПАРИН (болюс 30 мг в/в, через 15 мин по 1мг/кг 2 раза в сутки п/к-до 8 дня болезни или до выписки из стационара, если она произошла раньше; у лиц старше 75 лет- без болюса); НФГ в/в инфузия под контролем АЧТВ через 3,6,12,24 часа (до 48 часов)

При ТЛТ **стрептокиназой-** ФОНДАПАРИНУКС (болюс 2,5 мг в/в), через 24 часа- 2,5 мг п/к 1 раз в сутки до 8 дня болезни или до выписки из стационара, если она произошла раньше; ЭНОКСАПАРИН (болюс 30мг в/в, через 15 мин по 1мг/кг 2 раза в сутки п/к-до 8 дня болезни или до выписки из стационара, если она произошла раньше; у лиц старше 75 лет- без болюса); НФГ в/в инфузия под контролем АЧТВ через 3,6,12,24 часа(до 48 часов).

Памятка медицинскому работнику по стратификации риска при ОКС без подъема сегмента ST ЭКГ

1. Очень высокий риск неблагоприятного исхода :

- кардиогенный шок;
- нестабильная гемодинамика (острая сердечная недостаточность-отек легких с сохраняющимися болями в грудной клетке или смещениями сегмента ST на ЭКГ);
- повторные динамические изменения сегмента ST или зубца Т;
- фибрилляция желудочков;
- остановка кровообращения;

2. Высокий риск неблагоприятного исхода:

- подъем или снижение уровня сердечного тропонина, соответствующее критериям ОИМ (показатель динамически определяется в стационаре в зависимости от принятой тактики диагностики ОИМ);
- динамические смещения сегмента ST или зубца Т (с симптомами или без них);
- риск по шкале GRACE более 140 баллов;

Если высокий риск диагностируется по шкале GRACE уже на этапе СМП, то пациент сразу доставляется в ЧКВ-центр.

Если высокий риск определен в условиях приемных отделений медицинских организаций либо стационарном этапе - перевод в ЧКВ-центр в максимально короткие сроки).

3. Умеренный риск неблагоприятного исхода (определяется в ПСО-перевод осуществляется по согласованию с руководителем ЧКВ-центра)

- ранняя постинфарктная стенокардия;
- недавняя ЧКВ; КШ в прошлом;
- риск по шкале GRACE более 109 баллов, но менее 141 балла.

Оценка риска смерти с использованием шкалы GRACE

Фактор риска	Число баллов	Фактор риска	Число баллов	Фактор риска	Число баллов
Возраст (годы)		ЧСС (уд/мин)		САД (мм рт. ст.)	
≤ 30	0	≤ 50	0	≤ 80	58
30—39	8	50—69	3	80—99	53
40—49	25	70—89	9	100—119	43
50—59	41	90—109	15	120—139	34
60—69	58	110—149	24	140—159	24
70—79	75	150—199	38	160—199	10
80—89	91	≥ 200	46	≥ 200	0
≥ 90	100				
Класс по Киллипу		Креатинин крови (мкмоль/л)		Другие факторы	
I	0	0—34,49	1	Остановка сердца при поступлении	39
II	20	34,50—69,84	4		
III	39	69,85—105,19	7	Смещение ST, инверсия Т	28
IV	59	105,20—140,55	10		
Классы тяжести по Killip указаны в протоколе ТЛТ		140,56—175,91	13	Повышенный уровень маркеров некроза миокарда	14
		175,92—352,71	21		
		≥ 352,72	28		

Риск смерти определяется **по шкале GRACE** по сумме баллов:

Низкий (< 1%) ≤ 108

Умеренный (1—3%) 109—140

Высокий (> 3%) ≥ 141

Форма ежемесячного отчета по оказанию медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом для медицинских организаций

	Название учреждения _____	Кол-во
	Отчетный период _____	
1	Данные по направлению пациентов с диагнозом ОКС	
1.1	Общее количество доставленных по СМП пациентов с диагнозом ОКС (по журналу приемного отделения) из них:	
1.1.1	Число пациентов из поступивших с подозрением на ОКС (из п.1.1), у которых диагноз ОКС не подтвержден при выписке	
1.1.2	ОКС с подъемом, диагностированный в приемном отделении и сразу отправленный в ЧКВ-центр (из п.1.1)	
1.1.3	Число пациентов с ОКС без подъема сегмента ST с очень высоким и высоким риском осложнений (GRACE \geq 140), сразу отправленных в ЧКВ-центр	
1.2	Общее количество доставленных по СМП пациентов с подозрением на ОКС с нарушением маршрутизации	
1.2.1	Число пациентов с подозрением на ОКС с подъемом ST на этапе СМП	
1.2.2	Число пациентов, у которых диагноз ОКС не подтвержден на этапе приемного отделения	
2	Данные по госпитализации (только для пациентов с подтвержденным диагнозом ОКС)	
2.1	Число пациентов с ОКС, доставленных в ЧКВ-центр СМП	
2.1.1	Из них число пациентов после тромболизиса на догоспитальном этапе	
2.2	Число пациентов с ОКС, переведенных в ЧКВ-центр из ПСО	
2.2.1	Из них после тромболизиса, проведенного в ПСО	
2.2.2	Из числа пациентов с ОКС, переведенных в ЧКВ-центр из ПСО, число пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST	
2.2.3	Из числа пациентов с ОКС, переведенных в ЧКВ-центр из ПСО, число пациентов с ОКС без подъема сегмента ST	
2.3	Число пациентов с ОКС, переведенных в ЧКВ-центр из других стационаров или непрофильных отделений этого же учреждения, из них:	
2.3.1	Из числа пациентов с ОКС, переведенных в ЧКВ-центр из других стационаров (не из ПСО), число пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST (из п.2.3)	

2.3.2	Из числа пациентов с ОКС, переведенных в ЧКВ-центр из других стационаров, число пациентов с ОКС без подъема сегмента ST (из п.2.3)	
2.3.3	Число пациентов, переведенных из других отделений ЧКВ-центра в связи с ОКС (из п.2.3)	
3	Данные по времени госпитализации от начала заболевания (учитывается только первичная госпитализация, переведенных из других учреждений не учитывать)	
	Число пациентов госпитализированных:	
3.1	В первые 2 часа от начала заболевания (от 0 до 2 ч)	
3.2	В первые 12 часов от начала заболевания (это все от 0 до 12 ч)	
3.2.1	Из них число пациентов с инфарктом миокарда, с подъемом сегмента ST, госпитализированных в первые 12 часов от начала заболевания	
3.2.1.1	Из них проведена тромболитическая терапия на догоспитальном этапе	
3.2.1.2	Из них проведена тромболитическая терапия на госпитальном этапе	
3.3	В первые 24 часа от начала заболевания (это все от 0 до 24 ч)	
3.3.1	Из них число пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST	
3.4	После 24 часов от начала заболевания (остальные после 24 ч)	
3.4.1.	Из них число пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST	
4	Данные по ангиографии (заполняют только ЧКВ-центры)	
4.1	Общее количество пациентов, которым выполнены ангиографические исследования по журналу эндоваскулярного отделения, из них	
4.1.1	Число пациентов, которым выполнена коронарография, из них по поводу:	
4.1.1.1	ОКС	
4.1.1.2	Стабильных форм ИБС	
4.1.1.3	Диагностических (не входящих в стабильные формы ИБС, например: диагноз не установлен)	
4.2.	Число ангиографических исследований в среднем за сутки (общее число исследований/кол-во дней отчетного периода)	
4.3	Данные о рентгенэндоваскулярных вмешательствах при ОКС	
4.3.1	Общее количество пациентов, подвергнутых рентгенэндоваскулярным лечебным вмешательствам (ЧКВ) при ОКС	
4.3.1.1	В том числе подвергнутых только баллонной ангиопластике, из них	
4.3.1.1.1	По поводу ОКС с подъемом сегмента ST	
4.3.1.1.2	По поводу ОКС без подъема ST	

4.3.1.2	В том числе подвергнутых стентированию коронарных артерий (4.2.1 + 4.2.2)	
4.3.1.2.1	По поводу ОКС с подъемом сегмента ST	
4.3.1.2.2	По поводу ОКС без подъема ST	
4.4	Установлено стентов при ОКС	
4.4.1	Из них с лекарственным покрытием	
4.4.2	Число пациентов, которым установлен 1 стент	
4.4.3	Число пациентов, которым установлено 2 стента	
4.4.4	Число пациентов, которым установлено 3 стента	
4.5	Число ЧКВ (баллонирование + стентирование) при ОКС с подъемом ST	
4.5.1	Из них у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, поступивших в стационар до 12 часов от начала боли	
4.5.1.1	Среднее время симптом - звонок СМП	
4.5.1.2	Среднее время звонок СМП - баллон	
4.5.1.3	Среднее время симптом - баллон для пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, поступивших в стационар до 12 часов от начала боли, которым были выполнены экстренные (первичные) чрескожные коронарные вмешательства	
4.5.1.4	Число проведенных ЧКВ (баллонирование + стентирование) при ОКС после тромболиза	
4.6	Число проведенных ЧКВ (баллонирование + стентирование) при ОКС без подъема ST, из них	
4.6.1	У пациентов высокого риска (GRACE \geq 140)	
4.6.2	У пациентов невысокого риска (GRACE \leq 140)	
4.7	Общее число ЧКВ (баллонирование + стентирование) при ОКС без тромболиза	
4.8	Количество пациентов, подвергнутых ЧКВ при ОКС, из них:	
4.8.1	При нестабильной стенокардии	
4.8.2	При ИМбпST	
4.8.3	При ИМпST	
4.8.4	При кардиогенном шоке	
4.9	Число пациентов с ОКС, которым по любым причинам чрескожные вмешательства не проводились	
4.9.1	Из них при ОКС с подъемом сегмента ST	

5	Сведения о выбывших из стационара пациентов с ОКС	
5.1	Общее число пациентов выбывших (выписанных + умерших) из стационара с ОКС, из них:	
5.1.1	ОКС с подъемом сегмента ST	
5.1.2	ОКС без подъема ST (5.1.2.1 + 5.1.2.2), из них	
5.1.2.1	У пациентов высокого риска (GRACE \geq 140)	
5.1.2.2	У пациентов невысокого риска (GRACE \leq 140)	
5.2	Из общего числа выбывших (выписанных + умерших) из стационара с ОКС (п. 5.1.)	
5.2.1	С нестабильной стенокардией	
5.2.2	ОИМ без подъема ST	
5.2.3	ОИМ с подъемом сегмента ST	
5.2.4	С острым ИМ	
5.2.5	С повторным ИМ	
5.3	Число выбывших (выписано + умерло) пациентов, перенесших ОКС, осложненный кардиогенным шоком, из них	
5.3.1	При ОКС подъемом сегмента ST	
5.3.2	При ОКС без подъема сегмента ST	
5.3	Число пациентов, выбывших (выписанных + умерших) из стационара с диагнозом другие острые формы ИБС (I24)	
5.4	Число пациентов, переведенных в реабилитационные отделения или другие стационары для долечивания после чрескожных вмешательств	
6	Сведения об умерших от ОКС	
6.1	Общее количество умерших от ОКС (МКБ-10: I21; I22; I24) за время госпитализации	
6.1.1	Число умерших пациентов с ОКС подъемом сегмента ST, из них	
6.1.1.1	Трудоспособного возраста	
6.1.1.2	Старше трудоспособного возраста	
6.1.1.3	В том числе, которым выполнен тромболизис (на догоспитальном и госпитальном этапах)	
6.1.1.3.1	Из них которым выполнен тромболизис на догоспитальном этапе	
6.1.1.4	С кардиогенным шоком	
6.1.2	Число умерших при ОКС без подъема ST, из них	

6.1.2.1	Трудоспособного возраста	
6.1.2.2	Старше трудоспособного возраста	
6.1.2.3	С высоким риском осложнений (GRACE \geq 140),	
6.1.2.4	С невысоким риском осложнений (GRACE \leq 140)	
6.1.2.5	С кардиогенным шоком	
6.1.3	Всего умерших при кардиогенном шоке	
6.2	Общее число умерших от инфаркта миокарда	
6.2.1	Из них умерших от ИМ в трудоспособном возрасте	
6.2.2	Из них умерших от ИМ старше трудоспособного возраста	
6.2.3	Из них (п. 6.2) умерших в первые сутки поступления в стационар	
6.3	Всего умерших от других острых форм ИБС (I24)	
6.3.1	Из них умерших в трудоспособном возрасте	
6.3.2	Из них умерших старше трудоспособного возраста	
6.3.3	Из них (п. 6.3) умерших в первые сутки поступления в стационар	
6.4	Сведения об умерших пациентах после проведения ангиопластики	
6.4.1	Общее число умерших пациентов с ОКС в стационаре, которым была выполнена ангиопластика коронарных артерий	
6.4.1.1	Из них при ОКС, осложненном кардиогенным шоком	
6.4.2	Общее число умерших пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, которым выполнялись чрескожные коронарные вмешательства	
6.4.2.1	Число умерших пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, которым выполнялись экстренные (первичные) чрескожные коронарные вмешательства, из них	
6.4.2.2	У поступивших в стационар до 12 часов от начала боли	
6.4.3	Число умерших пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, которым выполнялись чрескожные коронарные вмешательства в течение 24 часов от момента введения тромболитического препарата	
6.4.4	Число умерших пациентов с ОКС без подъема сегмента ST, из них	
6.4.4.1	С высоким риском (GRACE \geq 140)	
6.4.4.2	С невысоким риском (GRACE \leq 140)	
6.4.5	Число умерших пациентов, которым не проводились чрескожные вмешательства	
6.4.5.1	При инфаркте миокарда	
6.4.5.1.1	С подъемом сегмента ST	

6.4.7.1.2	Без подъема ST	
6.4.5.2	При нестабильной стенокардии	
7	Летальность по учреждению при ОКС, %	
7.1	Летальность при ИМ, %	
7.1.1	Летальность при ИМ с подъемом ST, %	
7.1.2	Летальность при ИМ без подъема ST, %	
7.2	Летальность при других острых формах ИБС, %	
8	Число произведенных вскрытий	
8.1	При ИМ с подъемом сегмента ST	
8.2	При ИМ без подъема сегмента ST	
8.3	При нестабильной стенокардии	
9	Число расхождений диагнозов	
9.1	При ИМ с подъемом сегмента ST	
9.2	При ИМ без подъема сегмента ST	
9.3	При нестабильной стенокардии	
9.4	Число патолого-анатомических вскрытий пациентов, умерших от ОКС в первые сутки поступления в стационар	
9.4.1	Из них: число расхождений диагнозов	

**Форма ежемесячного отчета главного внештатного специалиста-кардиолога
Ивановской области по маршрутизации пациентов с острым коронарным
синдромом
за _____ 202__ г.**

	Критерии	Кол-во
1	Количество пациентов, госпитализированных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST	
1.1	В стационары с возможностью проведения чрескожного вмешательства	
1.2	В стационары без возможности проведения чрескожного вмешательства	
2	У пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, поступивших в стационар до 12 часов от начала боли	
2.1	Среднее время симптом - звонок СМП, мин	
2.2	Среднее время звонок СМП – баллон, мин	
2.3	Среднее время симптом - баллон для пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, поступивших в стационар до 12 часов от начала боли, которым были выполнены экстренные (первичные) чрескожные коронарные вмешательства, мин	
3	Количество выполненных экстренных чрескожных вмешательств при ОКС	
3.1	Общее при с ИМ с подъемом сегмента ST	
3.2	Среди пациентов, поступивших в первые 12 часов от начала заболевания	
4	Количество пациентов, которым была проведена тромболитическая терапия	
4.1	На догоспитальном этапе	
4.2	На стационарном этапе	
5.	Госпитальная летальность при ИМ	
5.1	В стационарах с возможностью проведения чрескожных вмешательств	
5.1.1	При ИМ с подъемом сегмента ST	
5.2	В стационарах без возможности проведения чрескожных вмешательств	
5.2.1	При ИМ с подъемом сегмента ST	
5.3.	Летальность в первые сутки:	
5.3.1	В стационарах с возможностью проведения чрескожных вмешательств	

5.3.2	В стационарах без возможности проведения чрескожных вмешательств	
6.	Анализ по отдельным стационарам	
6.1	По стационарам с возможностью проведения чрескожного вмешательства	
6.1.1	Количество пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST	
6.1.2	Количество выполненных экстренных вмешательств	
6.1.3	В течение первых 12 часов	
6.2	По стационарам без возможности проведения чрескожного вмешательства	
6.2.1	Количество пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST	
6.2.2	Количество пациентов, переведенных в стационары с возможностью проведения чрескожных вмешательств в течение первых 24 часов	

Регламент маршрутизации пациентов с острыми и неотложными сердечно-сосудистыми состояниями (за исключением ОКС) на территории Ивановской области

1. Общие положения

1.1. Настоящий регламент устанавливает порядок оказания медицинской помощи пациентам с острыми и неотложными сердечно-сосудистыми состояниями (за исключением острого коронарного синдрома) в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на территории Ивановской области.

1.2. Оказание медицинской помощи осуществляется медицинскими организациями, имеющими лицензию на оказание скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также медицинскими организациями, имеющими лицензию на оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю «кардиология».

1.3. Медицинская помощь оказывается в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации и иным лицам, застрахованным в системе ОМС при наличии острых и неотложных сердечно-сосудистых состояний (за исключением ОКС) в соответствии с настоящим регламентом.

2. Алгоритм маршрутизации и медицинской эвакуации пациентов в зависимости от модели заболевания.

2.1. Специализированная медицинская помощь в экстренном порядке больным оказывается в стационарных условиях по направлению врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики, врачей-кардиологов, врачей-специалистов, при доставлении больного бригадой скорой медицинской помощи, а также при самостоятельном обращении больного в медицинскую организацию.

2.2. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь вне медицинской организации оказывается медицинскими работниками выездных бригад скорой медицинской помощи в соответствии с утвержденным порядком оказания скорой медицинской помощи.

2.3. Скорая медицинская помощь больным кардиологического профиля при угрожающих жизни состояниях оказывается фельдшерами и врачами бригад скорой медицинской помощи, которые обеспечивают проведение мероприятий по устранению угрожающих жизни состояний.

2.4. Пациент в максимально короткие сроки доставляется в медицинскую организацию, имеющую в своей структуре кардиологическое отделение с палатой реанимации и интенсивной терапии в соответствии с маршрутизацией.

2.5. При высоком риске транспортировки и отсутствии на ближайшем расстоянии медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь по профилю «кардиология», пациент доставляется в ближайшую медицинскую организацию, имеющую в своем составе палату реанимации и интенсивной терапии.

2.6. Необходимо обеспечить проактивное консультирование пациента, в том числе с применением телемедицинских технологий, до стабилизации состояния и возможности транспортировки.

2.7. После стабилизации состояния больного и при наличии медицинских показаний больной переводится в медицинскую организацию, оказывающую стационарную специализированную медицинскую помощь по профилю «кардиология» в соответствии с территориальным прикреплением (приложение 2 к настоящему регламенту).

2.8. При подозрении на этапе скорой медицинской помощи на наличие у пациента тромбоэмболии легочной артерии маршрутизация пациента определяется в соответствии с алгоритмом маршрутизации при тромбоэмболии легочной артерии (приложение 2 к настоящему регламенту).

3. Показания для экстренной госпитализации пациентов в кардиологические отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии (за исключением ОКС)

3.1. Нарушения ритма сердца и проводимости, сопровождающиеся нестабильной гемодинамикой при отсутствии показаний для госпитализации в ОБУЗ «ИвОКБ».

3.2. Пароксизм фибрилляции (трепетания) предсердий давностью не более 48 часов при необходимости восстановления ритма, если при предыдущих госпитализациях не определена тактика пульсурежающей терапии.

3.3. Пациенты с пароксизмом фибрилляции (трепетания) предсердий, давностью не более 48 часов, на фоне следующих заболеваний (состояний):

- терминальная стадия онкологического процесса,
- тяжёлая почечная и печеночная недостаточность,
- тиреотоксикоз или острые эндокринологические состояния,
- хронический заболевания органов дыхания в стадии обострения или остро возникшие,
- тяжелая анемия
- инфекционные заболевания,
- острая алкогольная или иные интоксикации

госпитализируются в общетерапевтические отделения или по профилю

основного заболевания.

3.4. Острая сердечная недостаточность на фоне острых сердечно-сосудистых заболеваний (кардиогенный шок, сердечная астма, отек легких, сосудистый коллапс) при отсутствии показаний для проведения неотложных рентгенэндоваскулярных и кардиохирургических вмешательств.

3.5. Тромбоэмболия легочной артерии при отсутствии показаний для проведения неотложных рентгенэндоваскулярных, кардиохирургических и хирургических сосудистых вмешательств.

4. Показания для экстренной госпитализации пациентов в ОБУЗ «ИвОКБ» (за исключением ОКС)

4.1. Нарушения проводимости сердца при наличии показаний для экстренной установки ЭКС, в том числе:

- нарушения гемодинамики и расстройства сознания (в т.ч. синкопэ), связанные с брадиаритмиями или дисфункциями ЭКС,
- острая дисфункция ЭКС, требующая хирургической коррекции,
- состояние после остановки кровообращения, связанное с наличием нарушения проводимости, и восстановления нормальной сердечной деятельности при наличии показаний к постоянной ЭКС.

Исключением являются симптоматические брадикардии на фоне передозировки медикаментозных препаратов, влияющих на проводимость. Данные пациенты маршрутизируются в кардиологические отделения по территориальному прикреплению.

4.3. Тромбоэмболия легочной артерии при наличии показаний для проведения неотложных рентгенэндоваскулярных, кардиохирургических и хирургических сосудистых вмешательств.

4.4. Расслаивающая аневризма аорты или необходимость ее исключения (данная категория больных может быть госпитализирована в кардиохирургическое отделение или отделение сосудистой хирургии).

4.5. Наличие сердечно-сосудистых заболеваний, требующих оказания неотложной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, у беременных, а именно:

- нарушения ритма и проводимости;
- подозрение на тромбоэмболию легочной артерии;
- подозрение на острый коронарный синдром;
- острая сердечная недостаточность на фоне имеющихся пороков сердца и сосудов.

Приложение 1
к регламенту маршрутизации пациентов
с острыми и неотложными
сердечно-сосудистыми состояниями
(за исключением ОКС)

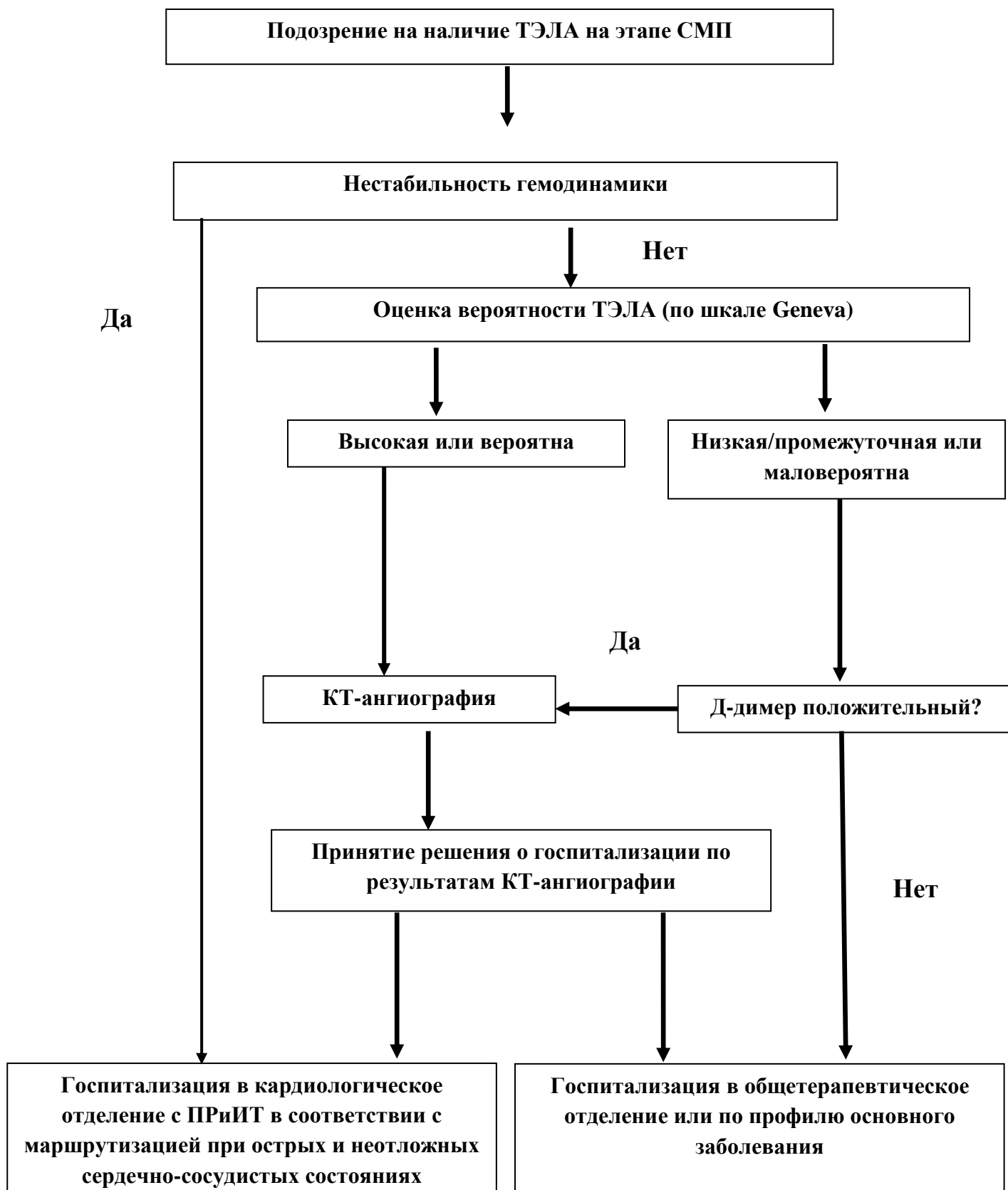
Территориальное прикрепление взрослого населения Ивановской области к кардиологическим отделениям с ПРиИТ в рамках оказания медицинской помощи при острых и неотложных сердечно-сосудистых состояниях (за исключением ОКС)

№ п/п	Наименование медицинской организации	Перечень прикрепленных территорий	Число коек	Численность прикрепленного населения
1.	Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Кинешемская центральная районная больница»	<ul style="list-style-type: none"> - г.о. Кинешма - Кинешемский муниципальный район - Заволжский муниципальный район - Юрьеvecкий муниципальный район - г.о. Вичуга - Вичугский муниципальный район - Пучежский муниципальный район 	10 (8+2 ПРиИТ)	152,4 тыс. чел.
2.	Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Шуйская центральная районная больница»	<ul style="list-style-type: none"> - г.о. Шуя - Шуйский муниципальный район - Палехский муниципальный район - Южский муниципальный район - Верхне-Ландеховский муниципальный район - Пестяковский муниципальный район - Савинский муниципальный район 	10 (8+2 ПРиИТ)	104, 6 тыс. чел.

3.	Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Кардиологический диспансер»	<ul style="list-style-type: none"> - г.о. Иваново: районы обслуживания ОБУЗ 1 ГКБ, ОБУЗ «ИКБ им. Куваевых», ОБУЗ «ГКБ № 4» (поликлиники №№ 1,2,4,5,6,8,9,10) - Ивановский муниципальный район (кроме г.о. Кохма) - Лежневский муниципальный район - Комсомольский муниципальный район - Родниковский муниципальный район - Лухский муниципальный район - Фурмановский муниципальный район - Приволжский муниципальный район - Ильинский муниципальный район - г.о. Тейково -Тейковский муниципальный район - Гаврилово-Посадский муниципальный район 	75 (60+15 ПРиИТ)	405,2 тыс. чел.
4.	Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 3 г. Иваново»	<ul style="list-style-type: none"> - г.о. Иваново: районы обслуживания ОБУЗ «ГКБ № 3 г. Иваново», ОБУЗ «ГКБ № 7» (поликлиники №№ 3,7,11,12,13) - г.о. Кохма 	17 (13+4 ПРиИТ)	143,6 тыс. чел.

Приложение 2
к регламенту маршрутизации пациентов
с острыми и неотложными
сердечно-сосудистыми состояниями
(за исключением ОКС)

Алгоритм маршрутизации при тромбоэмболии легочной артерии



Модифицированный индекс GENEVA

Критерий	Баллы
Возраст > 65 лет	1
ТГВ или ТЭЛА в анамнезе	3
Кровохарканье	2
Злокачественное новообразование (активное или ≤ 1 года назад)	2
Операция под общим наркозом или перелом нижних конечностей ≤ 1 месяца назад	2
Боль в ноге с одной стороны	3
Односторонний отек или болезненная пальпация по ходу глубоких вен нижних конечностей	4
ЧСС 75-94 в минуту	3
ЧСС ≥ 95 в минуту	5
Вероятность ТЭЛА	Сумма баллов
- низкая	0-3
- средняя	4-10
- высокая	≥ 11
- ТЭЛА маловероятна	0-5
- ТЭЛА вероятна	≥ 6

Регламент маршрутизации пациентов с хронической сердечной недостаточностью на территории Ивановской области

1. Общие положения

1.1. Настоящий регламент устанавливает порядок оказания медицинской помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью (далее – ХСН) в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на территории Ивановской области.

1.2. Медицинская помощь оказывается в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации и иным лицам, застрахованным в системе ОМС при наличии ХСН или подозрении на ХСН в соответствии с настоящим регламентом.

1.3. В целях учета информации о пациентах с ХСН ведется регистр пациентов с ХСН. 1.4. Ведение регистра пациентов с ХСН осуществляется в защищенной сети передачи данных с соблюдением требований законодательства РФ к обработке персональных данных.

1.5. Сведения, содержащиеся в регистре пациентов с ХСН, представлены в приложении 7 к настоящему регламенту.

2. Структура оказания медицинской помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью на территории Ивановской области

2.1. Оказание медицинской помощи пациентам с ХСН предусматривает поэтапное исполнение медицинскими работниками и медицинскими организациями клинических рекомендаций, протоколов и стандартов оказания медицинской помощи с учетом видов, условий и форм оказания медицинской помощи в медицинской организации соответствующего типа и уровня.

2.2. В структуре оказания медицинской помощи пациентам с ХСН выделяются 3 уровня.

2.3. I уровень - медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную, в том числе первичную специализированную медико-санитарную, а также специализированную медицинскую помощь прикрепленному взрослому населению по профилю «терапия».

2.4. II уровень - многопрофильные медицинские организации, оказывающие первичную специализированную медико-санитарную, и (или) специализированную медицинскую помощь по профилю «кардиология» больным ХСН из числа прикрепленного населения и направленным

медицинскими организациями I уровня.

2.5. К учреждениям II уровня относятся:

- ОБУЗ «Кинешемская ЦРБ»
- ОБУЗ «Шуйская ЦРБ»
- ОБУЗ «Тейковская ЦРБ»
- ОБУЗ Вичугская ЦР»
- ОБУЗ «ГКБ № 3 г. Иванова»

2.6. На базе медицинских организации II уровня, имеющих в своей структуре стационарные кардиологические или терапевтические отделения с ПРиИТ, создаются межрайонные центры для пациентов с ХСН с территориальным прикреплением (приложение 1 к настоящему регламенту).

2.7. В составе стационарных отделений выделяют специализированные койки круглосуточного пребывания для пациентов с ХСН

2.7.1. ОБУЗ «Кинешемская ЦРБ» - 15 коек (в т.ч. 5 коек по профилю «кардиология» и 10 коек по профилю «терапия»)

2.7.2. ОБУЗ «Шуйская ЦРБ» - 10 коек (в т.ч. 5 коек по профилю «кардиология» и 5 коек по профилю «терапия»)

2.7.3. ОБУЗ «Тейковская ЦРБ» - 10 коек по профилю «терапия»

2.7.4. ОБУЗ «Вичугская ЦРБ» - 10 коек по профилю «терапия»

2.7.5. ОБУЗ «ГКБ № 3 г. Иванова» - 10 коек (в т.ч. 5 коек по профилю «кардиология» и 5 коек по профилю «терапия»).

2.8. III уровень - медицинские организации, оказывающая первичную специализированную медико-санитарную, а также специализированную, в т.ч. высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «кардиология» в амбулаторных и стационарных условиях больным ХСН, направленным медицинскими организациями I и II уровней.

2.9. К учреждениям III уровня относятся:

2.9.1. ОБУЗ «Кардиологический диспансер»

2.9.2. ОБУЗ «ИвОКБ»

2.10. На базе ОБУЗ «Кардиологический диспансер» создается региональный центр для пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

2.11. В составе регионального центра для пациентов с ХСН выделяют специализированные койки круглосуточного пребывания - 30 коек.

2.12.

2.13. Межрайонные центры для пациентов с ХСН осуществляют:

- оказание специализированной лечебно-диагностической помощи пациентам с ХСН в соответствии с клиническими рекомендациями
- оказание консультативной помощи врачам закрепленных территорий в вопросах диагностики и лечения пациентов с ХСН;

- систематическое освоение и внедрение новых эффективных методов диагностики и лечения пациентов с ХСН;
- повышение квалификации персонала учреждения по вопросам медицинской помощи пациентам с ХСН;
- проведение профилактических мероприятий по формированию у населения здорового образа жизни, борьбе с факторами риска, первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний среди пациентов с ХСН и их родственников (лекции, беседы, школы здоровья);
- оказание консультативной помощи и поддержка патронажной службы пациентам с ХСН на закрепленных территориях;
- мониторингирование и анализ основных медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности пациентов с ХСН на закрепленной территории;
- ведение районного регистра больных с ХСН, формирование межрайонного сегмента регистра, передача данных в региональный центр;
- представление в региональный центр ХСН ежегодно до 15 января года, следующего за отчетным, результатов анализа оказания медицинской помощи пациентам с ХСН.

2.14. Региональный центр ХСН осуществляет:- оказание специализированной медицинской помощи пациентам с ХСН в соответствии с клиническими рекомендациями;

- организационно-методическое руководство, оценка качества и эффективности работы межрайонных и первичных центров по профилактике, диагностике, лечению, реабилитации и диспансерному наблюдению пациентов с ХСН;
- мониторингирование и анализ основных медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности, и смертности пациентов с ХСН;
- информационное обеспечение межрайонных и первичных центров по вопросам организации помощи и профилактики ХСН;
- организационно-методическое руководство по раннему выявлению и отбору пациентов с ХСН, нуждающихся в оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи;
- консультативную помощь врачам медицинских организаций по сложным вопросам диагностики и лечения ХСН, в том числе с применением телемедицинских технологий;

- внедрение в клиническую практику современных достижений в области оказания медицинской помощи пациентам с ХСН;
 - контроль за организацией диспансерного и патронажного наблюдения за пациентами с ХСН;
 - участие в повышении квалификации врачей первичного звена и среднего медицинского персонала по вопросам диагностики и лечения ХСН, проведение вебинаров, семинаров, проведение телемедицинских конференций и консультаций;
- организация персонифицированного учета пациентов с ХСН.

3. Алгоритм оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с ХСН

3.1. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь пациентам с ХСН оказывается медицинскими работниками со средним медицинским образованием в амбулаторных условиях.

3.2. Первичная врачебная медико-санитарная помощь, оказывается амбулаторно и в условиях дневного стационара врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики по территориально-участковому принципу.

3.3. Врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), фельдшера терапевтических участков и фельдшера ФАПов при оказании первичной медико-санитарной помощи осуществляют лечение и диспансерное наблюдение пациентов с ХСН 1-2А стадии и I-II ФК с фракцией выброса $\geq 40\%$, за исключением сочетания с сахарным диабетом и (или) хронической болезнью почек 4 и выше стадии в соответствии с Приказом Минздрава России от 15.03.2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

3.4. При наличии медицинских показаний для консультирования пациента с ХСН в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи, при отсутствии медицинских показаний к оказанию медицинской помощи в стационарных условиях, врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), медицинский работник со средним медицинским образованием направляют больного с ХСН в амбулаторный кабинет для пациентов с ХСН для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в соответствии с территориальным прикреплением (приложение 1 к настоящему регламенту).

3.5. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-кардиологами в амбулаторных условиях в амбулаторном кабинете для пациентов с ХСН по направлению врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), специалистов со средним медицинским

образованием, врачей-специалистов, при самостоятельном обращении пациента в медицинскую организацию, а также при дистанционном консультировании пациентов с применением телемедицинских технологий.

3.6. Врачи кардиологи медицинских организаций I (при наличии) и II уровня в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи при ХСН, осуществляют следующие функции:

3.6.1. оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи пациентам с ХСН, направленным врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), фельдшерами терапевтических участков и ФАПов;

3.6.2. диспансерное наблюдение, лечение и реабилитация в соответствии с Приказом Минздрава России от 15.03.2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» следующих категорий больных ХСН:

- ХСН 2Б - 3 стадии и (или) с фракцией выброса левого желудочка $< 40\%$ и (или) III - IV ФК

- ХСН 1-2а стадии и I-II ФК и ФВ $\geq 40\%$ в сочетании с сахарным диабетом и (или) хронической болезнью почек 4 и 5 стадии

- пациентов после оперативного лечения по поводу ХСН;

- пациентов, с ХСН любой стадии и любого ФК, требующих наблюдения кардиолога по основной нозологии;

3.6.3. отбор по показаниям, подготовка и направление пациентов с ХСН на госпитализацию (по предварительному согласованию) для оказания специализированной медицинской помощи в кардиологические отделения медицинских организаций II или III уровня.

3.7. В сложных случаях, при отсутствии эффекта от проводимой лекарственной терапии в соответствии с клиническими рекомендациями по ХСН, осуществляется проведение телемедицинского консультирования с региональным центром ХСН для решения вопроса о направлении пациента с ХСН для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

3.8. В рамках диспансерного наблюдения пациентов с ХСН осуществляются, в том числе, регулярные телефонные опросы больных, находящихся на диспансерном учете, медицинской сестрой кабинета ХСН.

3.9. Телефонный опрос проводится медицинской сестрой с помощью стандартного опросника (приложение 4 к настоящему регламенту).

3.10. Периодичность проведения телефонного опроса определяется функциональным классом ХСН и проводится:

3.10.1. после выписки из стационара (если применимо) в первый месяц еженедельно вне зависимости от функционального класса ХСН;

3.10.2. пациенты с I ФК при ФВ $< 40\%$ и с высоким риском декомпенсации ХСН (сопутствующие ХБП, СД, ХОБЛ, онкологические заболевания и другие

тяжелые хронические заболевания) – 1 раз в 3 месяца;

3.10.3. пациенты с II ФК – 1 раз в 8 недель;

3.10.4. по назначению врача, но не реже 1 раза в 4 недели.

3.11. Медицинская сестра кабинета ХСН информирует врача кабинета ХСН о рассмотрении вопроса необходимости оказания социальной помощи или о недостаточном уровне оказания социальной помощи больному.

3.12. Врач кабинета больных ХСН принимает решение о целесообразности направления на МСЭ или обращении в центр социального обслуживания населения.

3.13. Медицинская сестра кабинета ХСН по назначению врача кабинета больных ХСН информирует центр социального обслуживания населения о необходимости оказания социальной помощи больному.

3.14. Данные осмотра пациента врачом кабинета больных ХСН (жалобы, анамнез, данные осмотра, диагноз, рекомендации) вносятся в поликлиническую амбулаторную карту пациента в день консультации для доступности другим специалистам медицинской организации.

3.15. Дополнительно к стандартному заключению врача в амбулаторной карте создается карта-вкладыш (приложение 5 к настоящему регламенту).

3.16. Заполнение карты-вкладыша производится медицинской сестрой согласно врачебным назначениям и данным телефонного опросника.

3.17. С целью повысить уровень знаний пациентов в отношении ХСН, изменить их поведение и привычки, обучить навыкам самоконтроля и предоставить им возможность поддерживать максимально высокий уровень качества жизни, сохранять стабильное клиническое состояние, организуется Школа пациента с ХСН.

3.18. Работа школы пациента с ХСН организуется в соответствии с Положением о школе пациента с хронической сердечной недостаточностью (приложение 6 к настоящему регламенту).

4. Алгоритм маршрутизации и оказания помощи пациентам с ХСН на догоспитальном этапе

4.1. Скорая медицинская помощь пациентам с ХСН, оказывается станциями (подстанциями) скорой медицинской помощи, отделениями скорой медицинской помощи медицинских организаций.

4.2. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь вне медицинской организации оказывается медицинскими работниками выездных бригад скорой медицинской помощи в соответствии с утвержденными порядками оказания медицинской помощи.

4.3. Скорая медицинская помощь пациентам с ХСН при угрожающих жизни состояниях оказывается фельдшерами и врачами бригад скорой медицинской помощи, которые обеспечивают проведение мероприятия по устранению

угрожающих жизни состояний.

4.4. При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация пациента, которая включает в себя санитарно-авиационную и санитарную эвакуацию.

4.5. Бригада скорой медицинской помощи (кроме случаев острой декомпенсации, требующих транспортировки пациентов в ПСО или РСЦ), в зависимости от тяжести состояния и показаний доставляет пациентов с ХСН в соответствии с маршрутизацией

5. Алгоритм оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с ХСН

5.1. Специализированная медицинская помощь в экстренном порядке пациентам с ХСН оказывается в стационарных условиях по направлению врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики, врачей-кардиологов, врачей-специалистов, при доставке пациента бригадой скорой медицинской помощи, а, также при самостоятельном обращении пациента в медицинскую организацию при наличии показаний.

5.2. Специализированная медицинская помощь пациентам с ХСН оказывается в стационарных условиях в терапевтических и кардиологических отделениях медицинских организаций.

5.3. В терапевтических отделениях медицинских организаций 1 уровня осуществляется оказание медицинской помощи пациентам по профилю «терапия» при:

5.3.1. ухудшении гипертонической болезни, при наличии показаний для госпитализации в круглосуточный стационар;

5.3.2. развитии артериальной гипотензии, обморочных состояний;

5.3.3. развитию осложнений ХСН, требующих лечения в терапевтическом отделении (пневмония и т.д.)

5.3.4. привычной декомпенсации ХСН у пациентов с низкой приверженностью к лечению при условии наличия предшествующей консультации врача кардиолога и/или госпитализации в кардиологическое отделение с подбором терапии;

5.3.5. обострение сопутствующих заболеваний, ведущих к прогрессированию ХСН.

5.4. В кардиологические/терапевтические отделения медицинских организаций 2 уровня направляются следующие категории пациентов с ХСН:

5.4.1. для подтверждения диагноза ХСН, установления (уточнения) этиологии ХСН и определения дальнейшей тактики лечения, если это невозможно в амбулаторных условиях;

5.4.2. для решения вопроса о необходимости и целесообразности проведения реваскуляризационных процедур или реконструктивных операций;

5.4.3. при декомпенсации ХСН (за исключением состояний, указанных в п. 19.5),

требующей круглосуточного лечения и наблюдения за больным в условиях стационара;

5.4.4. При нарушении витальных функций пациент с ХСН госпитализируется в ближайшую медицинскую организацию с отделением реанимации и интенсивной терапии.

5.4.5. Пациенты, имеющие признаки состояния, схожие с острой декомпенсацией сердечной недостаточности, но обусловленные следующими причинами:

- терминальная стадия онкологического процесса,
- тяжёлая почечная и печеночная недостаточность,
- острая алкогольная интоксикация,
- тяжелая анемия,
- хронический заболевания органов дыхания в стадии обострения или остро возникшие;
- ожирение, апноэ сна;

госпитализируются в общетерапевтические отделения или по профилю основного заболевания.

5.5. Специализированная медицинская помощь в плановом порядке пациентам с ХСН в кардиологических отделениях оказывается в стационарных условиях или в отделении дневного пребывания по направлению врачей-кардиологов амбулаторного кабинета для пациентов с ХСН.

5.6. Специализированная медицинская помощь пациентам с ХСН в кардиологических/терапевтических отделениях медицинских организаций 2 уровня оказывается в соответствии с территориальным прикреплением (приложение 1 к настоящему регламенту).

5.7. Отбор и подготовка пациентов с ХСН для оказания высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется на этапе первичной специализированной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи

5.8. При наличии показаний к проведению в плановом порядке рентгенэндоваскулярной диагностики больной врачом-кардиологом направляется в ОБУЗ «ИвОКБ» на профильную комиссию по отбору пациентов на коронарную ангиографию (КАГ) или на прием врача-кардиолога поликлиники ОБУЗ «ИвОКБ» для решения вопроса о проведении КАГ в условиях стационара (дневного или круглосуточного).

5.9. При наличии у пациента с ХСН медицинских показаний для оказания высокотехнологичной медицинской помощи направление больного в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, осуществляется врачом-кардиологом в соответствии с действующим Порядком направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.5.. Пациент направляется на реабилитацию по показаниям или на диспансерное наблюдение.

5.11. Сведения о выписке пациента передаются в медицинскую организацию, осуществляющую диспансерное наблюдение в соответствии с Приказом Минздрава России от 15.03.2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», а также в амбулаторный центр ХСН в соответствии с территориальным прикреплением.

5.12. Пациентам, страдающим 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 40%, в срок не более трех дней от момента выписки из стационара осуществляется выписка рецептов на льготное лекарственное обеспечение в соответствии с перечнем, утвержденным действующим нормативно-правовым актом Минздрава России, регламентирующим льготное лекарственное обеспечение указанной категории пациентов (за исключением лиц, имеющих право на получение социальной услуги в виде обеспечения лекарственными препаратами в соответствии с Федеральным законом «О государственной социальной помощи»).

5.13. При выявлении у больного с ХСН, находящегося на лечении в стационарных условиях, показаний к неотложным рентгенэндоваскулярным и/или кардиохирургическим вмешательствам, больной переводится в медицинскую организацию, имеющую в своем составе отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения в соответствии с территориальным прикреплением (приложение 2 к настоящему регламенту) или кардиохирургическое отделение (ОБУЗ ИвОКБ).

**Территориальное прикрепление взрослого населения
Ивановской области к областным бюджетным учреждениям
здравоохранения, оказывающим медицинскую помощь пациентам с ХСН**

№ п/п	Наименование медицинской организации	Перечень прикрепленных территорий	Численность прикрепленного населения
1.	ОБУЗ «Кардиологический диспансер» - Региональный центр для пациентов с ХСН	Ивановская область	805,7 тыс. чел.
2.	ОБУЗ «Кардиологический диспансер» - отделение для лечения пациентов с ХСН	- г.о. Иваново: районы обслуживания Областного бюджетного учреждения здравоохранения «1-я городская клиническая больница», Областного бюджетного учреждения здравоохранения «Ивановская клиническая больница имени Куваевых», Областного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 4» (поликлиники №№ 1,2,4,5,6,8,9,10), - Ивановский муниципальный район (кроме района обслуживания ОБУЗ «Кохомская ГБ») - Лежневский муниципальный район - Комсомольский муниципальный район - Родниковский муниципальный район - Фурмановский муниципальный район - Приволжский муниципальный район - Лухский муниципальный район	351,9 тыс. чел.
3.	ОБУЗ «Кардиологический диспансер» - амбулаторный центр для пациентов с ХСН	- г.о. Иваново - Ивановский муниципальный район - Лежневский муниципальный район - Комсомольский муниципальный район - Родниковский муниципальный район - Фурмановский муниципальный район - Приволжский муниципальный район - Лухский муниципальный район	495,5 тыс. чел.
4.	ОБУЗ «ИвОКБ»	Ивановская область (оказание отдельных видов ВМП)	805,7 тыс. чел.

5.	ОБУЗ «ГКБ № 3 г. Иванова» - отделение для лечения пациентов с ХСН	г.о. Иваново: районы обслуживания ОБУЗ «ГКБ № 3 г. Иваново», ОБУЗ «ГКБ № 7» (поликлиники №№ 3,7,11,12,13) - район обслуживания ОБУЗ «Кохомская городская больница»	143,6 тыс. чел.
3.	ОБУЗ «Кинешемская ЦРБ» - межрайонный центр для пациентов с ХСН – отделение для лечения пациентов с ХСН, амбулаторный центр для пациентов с ХСН	- г.о. Кинешма - Кинешемский муниципальный район - Заволжский муниципальный район - Юрьевецкий муниципальный район - Пучежский муниципальный район	117,4 тыс. чел.
4.	ОБУЗ «Шуйская ЦРБ» - межрайонный центр для пациентов с ХСН – отделение для лечения пациентов с ХСН, амбулаторный центр для пациентов с ХСН	- г.о. Шуя - Шуйский муниципальный район - Савинский муниципальный район - Палехский муниципальный район - Южский муниципальный район - Пестяковский муниципальный район - Верхне-Ландеховский муниципальный район	104,6 тыс. чел.
5.	ОБУЗ «Тейковская ЦРБ» - межрайонный центр для пациентов с ХСН – отделение для лечения пациентов с ХСН, амбулаторный центр для пациентов с ХСН	- г.о. Тейково -Тейковский муниципальный район - Ильинский муниципальный район - Гаврилово - Посадский муниципальный район	53,3 тыс. чел.
6.	ОБУЗ «Вичугская ЦРБ» - межрайонный центр для пациентов с ХСН – отделение для лечения пациентов с ХСН, амбулаторный центр для пациентов с ХСН	- г.о. Вичуга - Вичугский муниципальный район	40,2 тыс. чел.

**Территориальное прикрепление взрослого населения для оказания
медицинской помощи с применением чрескожных коронарных
вмешательств (в ЧКВ-центрах)**

№ п/п	Наименование медицинской организации	Перечень прикрепленных территорий	Численность прикрепленного населения
1.	Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Кинешемская центральная районная больница»	<ul style="list-style-type: none"> - г.о. Кинешма - Кинешемский муниципальный район - Заволжский муниципальный район - Юрьевецкий муниципальный район - г.о. Вичуга - Вичугский муниципальный район - Пучежский муниципальный район 	152,4 тыс. чел.
2.	Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Ивановская областная клиническая больница»	<ul style="list-style-type: none"> - г.о. Иваново, - Ивановский муниципальный район - г.о. Шуя - Шуйский муниципальный район - Палехский муниципальный район - Южский муниципальный район - Верхне–Ландеховский муниципальный район - Пестяковский муниципальный район - Савинский муниципальный район - Лежневский муниципальный район - Комсомольский муниципальный район - Родниковский муниципальный район - Лухский муниципальный район - Фурмановский муниципальный район - Приволжский муниципальный район - Ильинский муниципальный район - г.о. Тейково -Тейковский муниципальный район - Гаврилово-Посадский муниципальный район 	653,3 тыс. чел.

Форма опросника по дистанционному патронажу больных с ХСН

Телефонный опрос медицинской сестры кабинета ХСН
Пациент (ФИО) _____

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

Показатель	Дата опроса «__» ____ 20 __	Дата опроса «__» ____ 20 __	Дата опроса «__» ____ 20 __
Прогрессирование одышки, да/нет			
Нарастание отеков, да/нет, уровень			
Вес, кг			
АД, мм рт.ст.			
ЧСС, уд/мин			
Неравномерный ритм, да/нет			
ФК, I-IV			
Приверженность к «кардио» терапии, да/нет			
Тактика			
Дополнительная информация			
Подпись медицинской сестры			
Подпись врача			

имплантированных устройств										
Вакцинация										
Наблюдение специалистами										
Телефонный опрос медицинской сестры										
Подпись медицинской сестры										
Подпись врача										

7. Лист назначений

Пациент (ФИО) _____

Название группы препаратов	Название препарата	Доза препарата в сутки	Дата назначения
Ингибитор АПФ			
АРА			
АРНИ			
Бета-блокатор			
Ивабрадин			
Антиаритмики			
Сердечные гликозиды			
АМКР			
Диуретики			
ПОАК, варфарин			
НМГ			
Ацетилсалициловая кислота			
Другие антитромбоцитарные средства			
Антагонисты кальция			
Нитраты			
Ингибитор натрий-глюкозного ко-транспортера			
Липидснижающие препараты			
Омега-3-ПНЖК			
Препараты железа			
Другие препараты			
Подпись врача			

Положение о школе пациента с хронической сердечной недостаточностью

1. Школа пациента с хронической сердечной недостаточностью (далее – Школа ХСН) осуществляет свою деятельность в рамках первичной медико-санитарной помощи в межрайонных центрах и региональном центре по лечению больных с ХСН.
2. Основные функции Школы ХСН:
 - 2.1. проведение теоретических занятий с пациентами с ХСН и их родственниками, осуществляющими уход за пациентами, в том числе с применением телемедицинских и/или иных технологий;
 - 2.2. обеспечение пациентов и их родственников информационными материалами (методички, памятки, дневники пациента);
 - 2.3. повышение приверженности к лечению пациентов с ХСН;
 - 2.4. обучение навыкам самопомощи с целью улучшения качества жизни пациента.
3. Занятия в Школе ХСН проводит медицинский работник с высшим или средним медицинским образованием.
4. Направление в Школу ХСН пациентов и их родственников осуществляется врачами кардиологами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики.
5. В Школу направляются:
 - 5.1. пациенты, которым установлен диагноз ХСН, находящиеся на стационарном лечении;
 - 5.2. пациенты с ХСН, выписанные из стационара, и находящиеся на диспансерном наблюдении;
 - 5.3. пациенты с ХСН с недостаточной эффективностью медикаментозной терапии;
 - 5.4. пациенты с ХСН, имеющие низкую приверженность к медикаментозной терапии;
 - 5.5. пациенты с ХСН II-IV ФК; пациенты с ФВ ЛЖ < 50%;
 - 5.6. пациенты с ХСН, находящиеся в «листе ожидания» трансплантации сердца и после трансплантации сердца;
 - 5.7. пациенты с ХСН с пороками сердца до- и после хирургической коррекции;
 - 5.8. пациенты с ХСН с кардиомиопатиями;
 - 5.9. пациенты с легочной артериальной гипертензией;
 - 5.10. родственники вышеуказанных групп пациентов.
6. Порядок и режим работы Школы устанавливаются руководителями межрайонных центров по лечению ХСН, руководителем Регионального центра по лечению ХСН.

Сведения, содержащиеся в регистре пациентов с ХСН

1. Фамилия, имя, отчество
2. День, месяц, год рождения
3. Дата постановки диагноза
4. Дата постановки на учет
5. Наименование учреждения, осуществляющего диспансерное наблюдение.
6. Дата ЭхоКГ и учреждение, выполнившее обследование.
7. Значение фракции выброса левого желудочка по Симпсону, %
8. Сроки и учреждение госпитализации (при наличии)

Регламент маршрутизации пациентов с хроническими формами сердечно-сосудистых заболеваний на территории Ивановской области

1. Общие положения

1.1. Настоящий регламент устанавливает порядок оказания медицинской помощи пациентам с хроническими формами сердечно-сосудистых заболеваний в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на территории Ивановской области.

1.2. Оказание медицинской помощи осуществляется медицинскими организациями, имеющими лицензию на оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю «кардиология».

1.3. Медицинская помощь оказывается в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации и иным лицам, застрахованным в системе ОМС при наличии хронических сердечно-сосудистых заболеваний в соответствии с настоящим регламентом.

2. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с хроническими формами сердечно-сосудистых заболеваний на этапе первичной медико-санитарной помощи

2.1. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь пациентам с хроническими формами сердечно-сосудистых заболеваний оказывается медицинскими работниками со средним медицинским образованием в амбулаторных условиях.

2.2. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается амбулаторно и в условиях дневного стационара врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики, врачами-терапевтами участковыми цехового врачебного участка по территориально-участковому принципу.

2.3. Для оказания первичной медико-санитарной помощи при обострении хронических сердечно-сосудистых заболеваний, не опасных для жизни больного и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций организуется отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи.

2.4. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-кардиологами, врачами сердечно-сосудистыми хирургами, врачами по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению.

2.5. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается в

амбулаторных условиях в кардиологических кабинетах медицинских организаций в соответствии с территориальным прикреплением - маршрутизацией (приложение 1 к настоящему регламенту) по направлению врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, врачей-специалистов, при самостоятельном обращении больного в медицинскую организацию, а также при дистанционном консультировании больных с использованием информационных технологий.

2.6. В диагностически сложных случаях, при решении вопросов о тактике ведения пациента в клинически сложных случаях, при необходимости решения экспертных вопросов, решения вопросов направления пациентов для оказания им высокотехнологичной медицинской помощи пациенты направляются в ОБУЗ «Кардиологический диспансер» вне зависимости от территориального прикрепления.

2.7. Диспансерное наблюдение пациентов с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями организуется в соответствии с порядком диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденным Приказом Минздрава России от 15.03.2022 г. № 168н

2.8. В целях повышения качества оказания медицинской помощи, оказываемой в рамках диспансерного наблюдения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития, организуется система курации диспансерного наблюдения больных соответствующего профиля в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

2.9. Контроль качества диспансерного наблюдения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями врачом-куратором проводится не реже 1 раза в квартал путем выборочного анализа первичной медицинской документации пациентов, включая «Медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (учетная форма № 025/у), «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (учетная форма № 030/у-04)

2.10. Результаты проведенного контроля качества оформляются в виде отчета по форме приложения 4 к настоящему регламенту и предоставляются в отдел внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности ОБУЗ «Кардиологический диспансер»

2.11. График выездов врачей-кураторов утверждается ежемесячно руководителем медицинской организации, где работает указанный специалист и доводится до сведения должностных лиц, ответственных за организацию и проведение диспансерного наблюдения в медицинских организациях, где гражданин получает первичную медико-санитарную помощь.

3. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с хроническими

формами сердечно-сосудистых заболеваний на этапе специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи

3.1. Специализированная медицинская помощь в плановом порядке пациентам с хроническими формами сердечно-сосудистых заболеваний оказывается в стационарных условиях или в отделении дневного пребывания по направлению врачей-кардиологов амбулаторного приема в соответствии с территориальным прикреплением (приложение 2 к настоящему регламенту).

3.2. Специализированная медицинская помощь больным оказывается в медицинских организациях, имеющих в своей штатной численности врачей-специалистов по профилю «кардиология», «сердечно-сосудистая хирургия».

3.3. При наличии у беременной сердечно-сосудистого заболевания, при котором необходимо оказание неотложной специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с применением кардиохирургических, в том числе рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения, беременные направляются в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь и имеющую в своей структуре кардиохирургическое отделение, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения. Решение о необходимости направления в данную медицинскую организацию беременной принимается консилиумом врачей с участием врача-кардиолога, врача-акушера-гинеколога и, при необходимости, врача - сердечно-сосудистого хирурга.

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

3.5. При наличии показаний к проведению в плановом порядке рентгенэндоваскулярной диагностики больной врачом-кардиологом направляется в ОБУЗ «ИвОКБ» на профильную комиссию по отбору пациентов на коронарную ангиографию (КАГ) или на прием врача-кардиолога поликлиники ОБУЗ «ИвОКБ» для решения вопроса о проведении КАГ в условиях стационара (дневного или круглосуточного).

3.6. После завершения рентгенэндоваскулярной диагностики больному при наличии медицинских показаний в экстренном или плановом порядке выполняется операция с применением рентгенэндоваскулярных методов лечения через артериальные, венозные сосуды или камеры сердца под рентгеновским контролем в условиях операционной, оснащенной специализированной ангиографической установкой, либо операция на открытом сердце в условиях кардиохирургической операционной, в том числе с использованием аппарата искусственного кровообращения.

3.7. При отсутствии медицинских показаний к оказанию медицинской помощи с

применением кардиохирургических, в том числе, рентгенэндоваскулярных методов лечения, больной продолжает лечение в кардиологическом отделении или другом профильном отделении медицинской организации.

3.8. После оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях больному на руки выдается выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного с результатами проведенного обследования и лечения, рекомендациями по дальнейшей тактике наблюдения, обследования и лечения. Пациент направляется на реабилитацию по показаниям или на диспансерное наблюдение.

3.9. Сведения о пациенте передаются в медицинскую организацию, осуществляющую диспансерное наблюдение в соответствии с Приказом Минздрава России от 15.03.2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

4. Показания для плановой госпитализации пациентов с хроническими формами сердечно-сосудистых заболеваний в кардиологические отделения с ПРиИТ

4.1. Хроническая ишемическая болезнь сердца в случае утяжеления ее течения или требующая подготовки к проведению рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения, а также требующая диагностических услуг, которые могут быть выполнены только в стационарных условиях.

4.2. Артериальная гипертония, в том числе симптоматическая, требующая уточнения диагноза в условиях круглосуточного наблюдения, либо резистентная к проводимой терапии

4.3. Острый и хронический (в период обострения) миокардит.

4.4. Кардиомиопатия, требующая выполнения лечебно-диагностических процедур в стационарных условиях.

4.5. Легочная гипертония в период декомпенсации или требующая выполнения диагностических процедур в стационарных условиях.

4.6. Нарушения сердечного ритма и проводимости, требующие проведения диагностических и лечебных процедур в стационарных условиях.

4.7. Инфекционный эндокардит, не требующий хирургического лечения, в том числе для продолжения лечения после оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

4.8. Перикардит.

5. Показания для проведения плановой коронарографии в условиях дневного стационара

5.1. Пациенты, получающие оптимальную консервативную терапию, имеющие клинику стабильной стенокардии:

- II ФК, перенесшие ранее инфаркт миокарда;

- III ФК.

5.2. Пациенты с возобновлением клиники стенокардии в течение 12 месяцев после проведения процедур чрескожной реваскуляризации или выполнения операции аортокоронарного шунтирования.

5.3. Пациенты с диагнозом безболевого ишемия миокарда, верифицированным по данным нагрузочного тестирования.

5.4. Невозможность проведения дифференциальной диагностики ишемической болезни сердца и некоронарогенных заболеваний миокарда с помощью неинвазивных методов.

5.5. Мужчины в возрасте старше 40 лет и женщины в возрасте старше 45 лет — кандидаты на оперативное лечение клапанов сердца или на оперативное (в том числе эндоваскулярное) лечение аритмий сердца.

6. Показания для оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи в федеральных государственных медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации:

6.1. необходимость установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания,

6.2. отсутствие эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения,

6.3. высокий риск хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний,

6.4. необходимость дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями,

6.5. необходимость повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций в соответствии с действующим законодательством.

Приложение 1

к регламенту маршрутизации пациентов
с хроническими формами сердечно-сосудистых заболеваний

**Территориальное прикрепление взрослого населения
Ивановской области к областным бюджетным учреждениям
здравоохранения, оказывающим медицинскую помощь пациентам с
хроническими формами сердечно-сосудистых заболеваний в амбулаторных
условиях**

№ п/п	Наименование медицинской организации	Перечень прикрепленных территорий	Численность прикрепленного населения
1.	ОБУЗ «Кинешемская ЦРБ»	- г.о. Кинешма - Кинешемский муниципальный район - Заволжский муниципальный район - Юрьеvecкий муниципальный район	103,9 тыс. чел.
2.	ОБУЗ «Шуйская ЦРБ»	- г.о. Шуйя - Шуйский муниципальный район - Савинский муниципальный район	70,4 тыс. чел.
3.	ОБУЗ «Кардиологический диспансер»	- г.о. Иваново - г.о. Кохма - Ивановский муниципальный район - Лежневский муниципальный район - Комсомольский муниципальный район - Родниковский муниципальный район - Фурмановский муниципальный район - Приволжский муниципальный район - Ильинский муниципальный район - Гаврилово - Посадский муниципальный район - Лухский муниципальный район - Палехский муниципальный район - Южский муниципальный район - Верхне-Ландеховский муниципальный район - Пестяковский муниципальный район - Пучежский муниципальный район	557,5 тыс. чел.
4.	ОБУЗ «Тейковская ЦРБ»	- г.о. Тейково - Тейковский муниципальный район	33,8 тыс. чел.
5.	ОБУЗ Вичугская ЦРБ	- г.о. Вичуга - Вичугский муниципальный район	40,2 тыс. чел.
6.	ОБУЗ «ИвОКБ»	Ивановская область	805,7 тыс. чел.

Приложение 2

к регламенту маршрутизации пациентов
с хроническими формами сердечно-сосудистых заболеваний

**Территориальное прикрепление взрослого населения
Ивановской области к областным бюджетным учреждениям
здравоохранения, оказывающим плановую специализированную
медицинскую помощь пациентам с хроническими формами сердечно-
сосудистых заболеваний**

№ п/п	Наименование медицинской организации	Перечень прикрепленных территорий	Численность прикрепленно го населения
1.	ОБУЗ «Кинешемская ЦРБ» - при оказании плановой помощи	- г.о. Кинешма - Кинешемский муниципальный район - Заволжский муниципальный район - Юрьевецкий муниципальный район	103,9 тыс. чел.
2.	ОБУЗ «Шуйская ЦРБ» - при оказании плановой помощи	- г.о. Шуя - Шуйский муниципальный район - Савинский муниципальный район	70,4 тыс. чел.
3.	ОБУЗ «Кардиологический диспансер» - при оказании плановой помощи	- г.о. Иваново - г.о. Кохма - Ивановский муниципальный район - Лежневский муниципальный район - Комсомольский муниципальный район - Родниковский муниципальный район - Фурмановский муниципальный район - Приволжский муниципальный район - Ильинский муниципальный район - Гаврилово - Посадский муниципальный район - Лухский муниципальный район - Палехский муниципальный район - Южский муниципальный район - Верхне-Ландеховский муниципальный район - Пестяковский муниципальный район - Пучежский муниципальный район - г.о. Тейково - Тейковский муниципальный район - г.о. Вичуга - Вичугский муниципальный район	631,5 тыс. чел.
	ОБУЗ «Кардиологический диспансер» - при оказании плановой помощи,	Ивановская область	805,7 тыс. чел.

	требующей применения сложных методов диагностики и лечения (кроме ВМП)		
4.	ОБУЗ «ИвОКБ» - при оказании ВМП	Ивановская область	805,7 тыс. чел.

с хроническими формами сердечно-сосудистых заболеваний

**Зоны ответственности в рамках курации
врачами-кардиологами диспансерного наблюдения больных
соответствующего профиля в медицинских организациях, оказывающих
первичную медико-санитарную помощь**

№	Наименование учреждения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, осуществляющего ДН врачом-терапевтом	Наименование учреждения, обеспечивающего курацию диспансерного наблюдения, проводимого врачом-терапевтом (курация 1 уровня)	Наименование учреждения, обеспечивающего курацию диспансерного наблюдения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (курация 2 уровня)
1	ОБУЗ «1 ГКБ»	ОБУЗ «Кардиологический диспансер»	ОБУЗ «Кардиологический диспансер»
2	ОБУЗ «ИКБ им. Куваевых»		
3	ОБУЗ «ГКБ № 3 г. Иванова»		
4	ОБУЗ «ГКБ № 4»		
5	ОБУЗ «ГКБ № 7»		
6	ОБУЗ «Кохомская городская больница»		
7	ОБУЗ Верхнеландеховская ЦРБ		
8	ОБУЗ «Гаврилово-Посадская ЦРБ»		
9	ОБУЗ Ильинская ЦРБ		
10	ОБУЗ «Комсомольская ЦБ»		
11	ОБУЗ Лежневская ЦРБ		
12	ОБУЗ «Лухская ЦРБ»		
13	ОБУЗ «Палехская ЦРБ»		
14	ОБУЗ «Пестяковская ЦРБ»		
15	ОБУЗ Приволжская ЦРБ		
16	ОБУЗ «Родниковская ЦРБ»		
17	ОБУЗ Фурмановская ЦРБ		
18	ОБУЗ «Южская ЦРБ»		
19	ОБУЗ Вичугская ЦРБ		
20	ОБУЗ «Пучежская ЦРБ»		
21	ОБУЗ «Кинешемская ЦРБ»	ОБУЗ «Кинешемская ЦРБ»	
22	ОБУЗ «Тейковская ЦРБ»	ОБУЗ «Тейковская ЦРБ»	
23	ОБУЗ «Шуйская ЦРБ»	ОБУЗ «Шуйская ЦРБ»	

Приложение 4
к регламенту маршрутизации пациентов
с хроническими формами сердечно-сосудистых заболеваний

ОТЧЕТ

врача кардиолога-куратора (ФИО) _____
по результатам оценки качества диспансерного наблюдения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями
МО: _____ за _____ 20 _____ года
(месяц)

Проведен выборочный анализ 20 амбулаторных карт (025/у) и контрольных карт диспансерного наблюдения (030/у-04), из них с диагнозом (указать количество случаев по каждой группе или поставить прочерк, если по группе анализ не проводился):

1. Хроническая ИБС –	2. ИБС. ПИКС –	3. Стенокардия напряжения I-II (трудоспособные) –	4. Стенокардия напряжения I-IV (пенсионного возраста) –	5. Артериальная гипертензия –	6. Легочная гипертензия –
7. После неосложненных хирургических вмешательств –	8. После осложненных хирургических вмешательств –	9. ХСН –	10. Фибрилляция и трепетание предсердий (на профил. лечении)	11. Фибрилляция и трепетание предсердий (на антиаритмич. преп.)	12. Другие нарушения ритма –
Критерии качества диспансерного наблюдения					
	Число случаев	%*	Примечание		
Своевременно постановлены на «Д» учет					
Соблюдена периодичность осмотров					
Достижение целевых показателей и контроль факторов риска					
Достигнуты целевые показатели АД					
Достигнута целевая ЧСС					
Достигнуты целевые показатели ЛПНП					
Достигнуты целевые показатели МНО (для пациентов с ФП)					
Проводится контроль и коррекция факторов риска					
Соответствие стандартам оказания медицинской помощи и клиническим рекомендациям					
Адекватность назначения медикаментозной терапии (гипотензивная, гиполипидемическая, дезагрегантная, антикоагулянтная, антиаритмическая терапия и пр.)					
Своевременность и полнота проведения лабораторных и инструментальных методов					
Отметьте, имеется ли возможность в ЛПУ провести следующие обследования (обведите нужный вариант или впишите свой)					
ЭХО-КГ: да, сколько необходимо / органичено / не проводится /					

Липдный спектр: да, сколько необходимо / органичено / не проводится/

Определение МНО: да, сколько необходимо / органичено / не проводится/

* При анализе 20 карт - 1 случай (человек) – 5%, 2 случая – 10%. 3 случая – 15% и так далее.