



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

13.10.2025

№ 789

г. Киров

Об организации медицинской помощи взрослому населению с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Руководствуясь положением о министерстве здравоохранения Кировской области, утвержденным постановлением правительства Кировской области от 09.06.2015 № 42/295, приказом министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» с целью повышения доступности и качества оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями

1. Утвердить:

1.1. Правила оказания медицинской помощи взрослому населению с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Кировской области согласно приложению 1.

1.2. Схему маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, нуждающихся в оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи, согласно приложению 2.

1.3. Правила направления на плановую госпитализацию пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями согласно приложению 3.

1.4 Утвердить правила проведения диспансерного наблюдения за взрослыми с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Кировской области согласно приложению 4.

1.5. Утвердить схему маршрутизации на проведение отдельных видов диагностических исследований сердечно-сосудистой системы согласно приложению 5.

1.6. Утвердить схему маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом (далее – ОКС) согласно приложению 6.

1.7. Утвердить схему маршрутизации пациентов с нарушениями ритма сердца и проводимости согласно приложению 7.

1.8. Утвердить схему маршрутизации пациентов с хронической сердечной недостаточностью согласно приложению 8.

1.9. Утвердить схему маршрутизации пациентов с тромбоэмболией легочной артерии согласно приложению 9.

1.10. Утвердить схему маршрутизации пациентов с острым аортальным синдромом согласно приложению 10.

1.11. Утвердить схему маршрутизации пациентов с острой ишемией конечностей согласно приложению 11.

1.12. Утвердить схему маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (далее - ОНМК) согласно приложению 12.

1.13. Утвердить схему маршрутизации пациентов в кабинеты антикоагулянтной терапии согласно приложению 13.

1.14. Утвердить схему маршрутизации пациентов с нарушением липидного обмена согласно приложению 14.

1.15. Утвердить схему маршрутизации пациентов с резистентной артериальной гипертензией согласно приложению 15.

1.16. Утвердить схему маршрутизации пациентов со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий согласно приложению 16.

1.17. Утвердить регламент маршрутизации пациентов с острой ишемией конечностей согласно приложению 17.

2. Руководителям областных государственных медицинских организаций обеспечить оказание медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в соответствии с настоящим распоряжением.

3. Руководителям областных государственных медицинских организаций, на базе которых функционируют сосудистые отделения:

3.1. Организовать работу сосудистых отделений в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», от 15.11.2012 № 928н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения».

3.2. Обеспечить:

3.2.1. Укомплектование сосудистых отделений медицинским персоналом.

3.2.2. Контроль за своевременной подготовкой и повышением квалификации бригад врачей-специалистов и средних медицинских работников сосудистого отделения, на базе федеральных медицинских организаций и на базе областных государственных медицинских организаций.

3.2.3. Наличие в медицинской организации неснижаемого запаса лекарственных препаратов для проведения тромболитической терапии.

3.2.4. Ежемесячный мониторинг случаев острого коронарного синдрома (далее - ОКС) и острого нарушения мозгового кровообращения (далее - ОНМК) с передачей информации в организационно-методический отдел регионального сосудистого центра КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница» (далее - РСЦ) в срок до 17 числа месяца, следующего за отчетным.

3.2.5. Работу клинико-диагностической лаборатории в круглосуточном режиме.

3.2.6. Работу аппарата для проведения компьютерной томографии и кабинета ультразвуковой диагностики в режиме 24/7/365.

3.2.7. Наличие неснижаемого запаса лекарственных препаратов и расходных материалов для оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК и ОКС.

3.2.8. Руководствоваться при оказании медицинской помощи Клиническими рекомендациями, размещенными на сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации (cr.rosminzdrav.ru).

4. Руководителям областных государственных медицинских организаций, на базе которых отсутствуют сосудистые отделения обеспечить, руководителям ФБУЗ «Медико-санитарная часть №52» Федерального медико-биологического агентства, ФКУЗ МСЧ-43 ФСИН России рекомендовать:

4.1. Транспортировку пациентов с прикрепленной территории в сосудистое отделение согласно перечню зон обслуживания.

4.2. Наличие в медицинской организации неснижаемого запаса лекарственных препаратов для проведения тромболитической терапии, лекарственных препаратов и расходных материалов для оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК и ОКС.

4.3. Обеспечить формирование ежемесячного мониторинга случаев ОКС и ОНМК с передачей информации в организационно-методический отдел РСЦ в срок до 17 числа месяца, следующего за отчетным.

4.4. Руководствоваться при оказании медицинской помощи клиническими рекомендациями, размещенными на сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации (cr.rosminzdrav.ru).

4.5. Контроль за своевременным повышением квалификации врачей-специалистов и средних медицинских работников отделений, оказывающих медицинскую помощь пациентам с ОКС и ОНМК.

5. Главному врачу КОГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи г. Кирова» Одношивкину С. Ю. обеспечить:

5.1. Медицинскую эвакуацию пациентов с ОНМК и ОКС бригадами скорой медицинской помощи (далее - СМП) в соответствии с приложением № 2, № 3.

5.2. Ежедневный контроль маршрутизации пациентов при госпитализации с ОНМК и ОКС в соответствии с территорией вызова

бригады скорой медицинской помощи, вне зависимости от регистрации пациента.

5.3. Наличие неснижаемого запаса лекарственных препаратов для оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК и ОКС, проведения тромболитической терапии.

5.4. Своевременное обучение медицинских сотрудников, оказывающих медицинскую помощь пациентам с ОНМК и ОКС на догоспитальном этапе.

5.5. Оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе в соответствии с Клиническими рекомендациями, размещенными на сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации (cr.rosminzdrav.ru).

6. Руководителям государственных медицинских организаций Кировской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь прикрепленному населению, обеспечить:

6.1. Проведение диспансерного наблюдения за взрослыми с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Кировской области согласно приложению 4.

6.2 Всех пациентов, находящегося на диспансерном наблюдении с хронической формой ишемической болезни сердца, цереброваскулярной болезнью, направлением на дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий при наличии медицинских показаний согласно приложению 6.

6.3. Проведение всем пациентам после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения на фоне стеноза БЦА обязательное дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий не реже 1 раза в 12 месяцев.

6.4. Направление пациентов на консультацию врача-сердечно-сосудистого хирурга в КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница» в случае выявления критического стеноза брахиоцефальных артерий (более 70% просвета сосуда) или окклюзии подключичной артерии, выявленных при амбулаторном обращении или во время стационарного лечения врачом-неврологом или врачом-терапевтом государственной медицинской организации Кировской области.

6.5. Обеспечить направление пациентов на амбулаторный прием в специализированные кабинеты, согласно маршрутизации в приложениях 9, 10, 11.

7. Главному врачу КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница» Ральникову В.В. обеспечить:

7.1. Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в стационарных условиях.

7.2 Госпитализацию беременных женщин и женщин в течение 42 дней после завершения беременности с заболеваниями кардиологического профиля.

7.3. Оказание консультативной помощи врачам-специалистам по вопросам оказания медицинской помощи по профилю «кардиология» и сердечно-сосудистая хирургия» с применением телемедицинских технологий.

7.4 Координацию оказания медицинской помощи и ежедневный контроль маршрутизации пациентов с ОКС и ОНМК на территории Кировской области региональным сосудистым центром КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница».

8. Признать утратившими силу распоряжение министерства здравоохранения Кировской области от 14.02.2022 № 131 «Об организации медицинской помощи пациентам с резистентной артериальной гипертензией», от 14.02.2022 № 132 «Об организации медицинской помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью», от 15.10.2021 № 805 «Об организации медицинской помощи пациентам с атеросклерозом и нарушением липидного обмена», от 30.01.2023 № 45 «Об организации медицинской помощи пациентам с острой сердечно-сосудистой патологией на территории Кировской области», от 05.08.2019 № 515 «Об организации медицинской помощи пациентам при заболеваниях кардиологического профиля».

8. Контроль за исполнением распоряжения возложить на заместителя министра здравоохранения Кировской области Казакова П.Л.

Министр здравоохранения
Кировской области

Е.Э. Видякина

Утверждены
распоряжением министерства
здравоохранения
Кировской области
от 03.10.2025 № 789

**Правила оказания медицинской помощи взрослому населению с
сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории
Кировской области**

1.1. Настоящие правила оказания медицинской помощи взрослому населению с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе по итогам диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, обязательных периодических медицинских осмотров, углубленных медицинских осмотров работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами (далее – правила), регулируют вопросы оказания медицинской помощи взрослому населению с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Кировской области в областных государственных медицинских организациях.

1.2. Оказание первичной медико-санитарной помощи осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

1.3. Лабораторные и инструментальные исследования проводятся по месту жительства пациента. По результатам проведенных обследований, которые позволяют предположить наличие сердечно-сосудистого заболевания или выявлении у пациента сердечно-сосудистого заболевания врачи-терапевты, врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-специалисты, средние медицинские работники, на которых возложена обязанность врача, направляют пациента для оказания первичной специализированной медицинской помощи к врачу-кардиологу, а в случае его отсутствия в медицинской организации – к врачу-кардиологу межрайонного лечебно-диагностического центра, врачу кардиологу кардиологического диспансера КОГБУЗ «Центр кардиологии и неврологии».

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

При наличии медицинских показаний пациенты направляются на консультативный прием врача-кардиолога КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница».

Ответственность за полноту проведения обследования перед консультацией врача-кардиолога, а также подготовку обоснованного направления (выписки из медицинской документации и заключений проведенных исследований) возлагается на медицинскую организацию, направляющую пациента на консультацию.

1.4. Специалист, оказывающий первичную медико-санитарную помощь, организует запись пациента непосредственно на консультацию к врачу-кардиологу и оформляет необходимые документы.

1.5. Каждой медицинской организации необходимо определить дублирующие медицинские организации, на базе которых должны проводиться исследования на случай возникающих кадровых или материально-технических ограничений. Мониторинг за сроками обследования пациентов и реализации мероприятий по профилактике рисков несоблюдения допустимых сроков ожидания исследований пациентов осуществляется лицом, уполномоченное руководителем медицинской организации.

1.6. При отсутствии возможности проведения инструментальных исследований по месту жительства, пациент направляется для обследования в другие медицинские организации согласно распоряжению министерства здравоохранения Кировской области от 27.02.2020 № 112 «Об организации направления пациентов на отдельные диагностические (лабораторные) исследования при оказании им первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Кировской области».

1.7. В случае наличия медицинских показаний и отсутствия возможности проведения на территории Кировской области отдельных видов обследования пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями направляются в федеральные государственные бюджетные учреждения Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – ФГБУ).

1.8. Диспансерное наблюдение взрослых пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями организуется согласно приложению 4.

1.9. Специализированная медицинская помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями оказывается в стационарных условиях или в условиях дневного стационара по направлению врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-кардиологов, врачей-специалистов при доставлении больного бригадой скорой медицинской помощи, а также при самостоятельном обращении больного в медицинскую организацию.

1.10. При наличии у пациента с сердечно-сосудистым заболеванием медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи направление в медицинскую организацию, оказывающую

высокотехнологичную медицинскую помощь, осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 11.04.2025 №185н «Об утверждении положения об организации специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи» и распоряжением МЗ КО от 04.10.2023 № 614 «Об утверждении порядка предоставления здравоохранением Кировской области государственной услуги по направлению граждан на специализированное лечение, в том числе для оказания высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования».

1.11. Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий населению Кировской области осуществляется в соответствии с приказом МЗ РФ от 11.04.2025 №193н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» и распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 10.05.2011 №287 «О создании телемедицинской консультативно-диагностической системы Кировской области».

Консультации с применением телемедицинских технологий (далее – ТМК) по вопросам диагностики и лечения пациентов могут проводиться на всех этапах оказания медицинской помощи, в том числе при осуществлении диспансерного наблюдения и при невозможности явки пациента на очную консультацию врача-кардиолога, в том числе, из-за удаленности проживания, тяжести состояния или нарушения двигательных функций.

ТМК с медицинскими организациями Кировской области проводятся с применением телемедицинских технологий путем организации и проведения консультаций и (или) участия в консилиуме врачей в соответствии с порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников («врач-врач») с использованием Региональной телемедицинской информационной системы, с федеральными учреждениями здравоохранения с использованием Телемедицинской системы дистанционных консультаций федерального и регионального уровней.

Оказание медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями с применением телемедицинских технологий по системе «врач-врач» осуществляется в плановой форме - в режиме отложенных консультаций заведующие кардиологическими отделениями КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница», КОГКБУЗ «Центр кардиологии и неврологии», КОГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи».

Главные внештатные специалисты проводят консультирование врачей областных государственных медицинских организаций по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи пациентам, находящимся на

лечении в условиях стационара в медицинских организациях Кировской области.

Необходимость проведения консультации (консилиума врачей) при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в плановой форме устанавливает лечащий врач. Предварительно лечащий врач обеспечивает проведение обследования пациента по имеющемуся у пациента заболеванию или состоянию, по которому требуется консультация (консилиум врачей). Лечащий врач формирует направление на консультацию согласно требованиям к порядку оформления направлений на консультации.

При необходимости проведения консультации при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной формах - консультации осуществляются через отделение экстренной и планово-консультативной помощи КОГБУЗ «Стация скорой медицинской помощи г. Кирова» (санитарная авиация).

По результатам проведения консультации (консилиума врачей) консультант (врачи - участники консилиума) оформляет медицинское заключение (протокол консилиума врачей).

При оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в рамках программы государственных гарантий консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий в плановой форме осуществляются с учетом соблюдения установленных требований к срокам проведения консультаций. Исчисление сроков при проведении консультаций (консилиумов врачей) в плановой форме осуществляется с момента поступления запроса на проведение такой консультации (консилиума врачей) и медицинской документации, необходимой для их проведения.

1.12. Оказание медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями по профилю «медицинская реабилитация» осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 07.04.2025 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».

Пациентам с сердечно-сосудистыми при наличии медицинских показаний и независимо от сроков, прошедших с момента лечения, проводятся реабилитационные мероприятия в медицинских организациях Кировской области: 1 этап реабилитации проводится в медицинской организации, в которой пациент с ССЗ получал специализированное лечение; 2 и 3 этапы реабилитации пациентам с ССЗ проводится на реабилитационных койках медицинских организаций в соответствии с распоряжением министерства здравоохранения Кировской области от 24.03.2025 № 220 «Об организации медицинской реабилитации взрослого населения».

1.13. Оказание санаторно-курортного лечения взрослому населению с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Кировской области проводится в

соответствии с приказом Минздрава России от 07.04.2025 № 169н «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения», приказом Минздрава России от 27.03.2024 № 143н «Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2.1 Федерального закона от 23 февраля 1995 г. N 26-ФЗ «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах», их характеристик и перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением таких природных лечебных ресурсов» и приказом Минздрава России от 28.09.2020 №1029н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения».

1.14. Скорая медицинская помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Кировской области оказывается в соответствии с приказом Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении порядка организации оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», а также распоряжениями МЗ КО в соответствии с профилем патологии.

Скорая медицинская помощь оказывается при острых и критических состояниях фельдшерскими выездными бригадами, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

При возникновении у пациента острых и критических состояний, обусловленных осложнениями сердечно-сосудистого заболевания, угрожающих жизни, лечебные мероприятия по их коррекции должны быть выполнены немедленно в соответствии с утвержденными схемами маршрутизации по соответствующему профилю в объеме, необходимом для стабилизации состояния и ликвидации жизнеугрожающих состояний.

После стабилизации состояния, при отсутствии жизнеугрожающих состояний, пациент должен быть направлен к врачу-кардиологу с целью определения тактики лечения (в том числе с использованием телемедицинских технологий). Перевод пациента после оказания ему экстренной помощи и стабилизации состояния в специализированную медицинскую организацию может быть осуществлен, минуя амбулаторный этап, с использованием телемедицинских технологий.

1.15. Для получения специализированной медицинской помощи в экстренной или неотложной форме пациент доставляется выездной бригадой скорой медицинской помощи или самостоятельно обращается в МО.

При оказании специализированной медицинской помощи в экстренной форме время от момента доставки пациента выездной бригадой скорой медицинской помощи в МО или от момента самостоятельного обращения

пациента в МО до установления предварительного диагноза не должно превышать 1 часа.

1.16. Льготное лекарственное обеспечение отдельных категорий пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями осуществляется в соответствии с распоряжением министерства здравоохранения Кировской области от 01.02.2019 № 60 «О дополнительном льготном лекарственное обеспечении жителей отдельных муниципальных образований Кировской области, страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения».

Утверждена
распоряжением министерства
здравоохранения
Кировской области
от 03.10.2025 № 789

Схема маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, нуждающихся в оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи

Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в амбулаторных условиях, в зависимости от профиля медицинской помощи

Наименование медицинской организации	Зона ответственности медицинской организации	Профиль оказания медицинской помощи
КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница»	Все областные государственные медицинские организации	«кардиология», «сердечно-сосудистая хирургия» «неврология», «нейрохирургия»
КОГКБУЗ «Центр кардиологии и неврологии» кардиологический диспансер	Медицинские организации, расположенные на территории муниципального образования «Город Киров» КОГБУЗ «Свеченская центральная районная больница» КОГБУЗ «Даровская центральная районная больница» КОГБУЗ «Шабалинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Сунская центральная районная больница» КОГБУЗ «Куменская центральная районная больница» КОГБУЗ «Немская центральная районная больница» КОГБУЗ «Унинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Кильмезская центральная районная больница» КОГБУЗ «Верхошижемская центральная районная больница» КОГБУЗ «Опаринская центральная районная больница» КОГБУЗ «Подосиновская центральная районная больница им. Н. В. Отрокова» КОГБУЗ «Лузская центральная районная больница» КОГБУЗ «Котельническая центральная районная больница» КОГБУЗ «Оричевская центральная районная больница» КОГБУЗ «Орловская центральная районная больница»	«кардиология», «неврология»

КОГКБУЗ «Больница скорой медицин- ской помощи»	КОГБУЗ «Кировская городская больница № 5» КОГБУЗ «Мурашинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Юрьянская районная больница»	«кардиология», «nevрология»
КОГБУЗ «Сло- бодская цен- тральная район- ная больница им. академика А.Н. Бакулева»	КОГБУЗ «Белохолуницкая центральная районная больница» КОГБУЗ «Нагорская центральная районная больница» КОГБУЗ «Омутнинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Верхнекамская центральная районная больница» КОГБУЗ «Афанасьевская центральная районная больница»	«кардиология», «nevрология»
КОГБУЗ «Со- ветская цен- тральная район- ная больница»	КОГБУЗ «Пижанская центральная районная больница» КОГБУЗ «Лебяжская центральная районная больница» КОГБУЗ «Яранская центральная районная больница» КОГБУЗ «Арбажская центральная районная больница» КОГБУЗ «Уржумская центральная районная больница» КОГБУЗ «Тужинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Полянская центральная районная больница» КОГБУЗ «Кикнурская центральная районная больница» КОГБУЗ «Санчурская центральная районная больница им. А.И. Прохорова»	«кардиология», «nevрология»
КОГБУЗ «Киро- во-Чепецкая центральная районная боль- ница	ФБУЗ МСЧ №52 ФМБА России* КОГБУЗ «Зуевская центральная районная больница» КОГБУЗ «Фаленская центральная районная больница»	«кардиология», «nevрология»
КОГБУЗ «Вят- скополянская центральная районная боль- ница»	КОГБУЗ «Малмыжская центральная районная больница»	«кардиология», «nevрология»
КОГБУЗ «Лебя- жская централь- ная районная больница»	КОГБУЗ «Лебяжская центральная районная больница»	«кардиология», «nevрология»
КОГБУЗ «Яран- ская централь- ная районная боль- ница»	КОГБУЗ «Яранская центральная районная больница»	«кардиология», «nevрология»
КОГБУЗ «Ко- тельническая центральная районная боль- ница»	КОГБУЗ «Котельническая центральная районная больница»	«кардиология», «nevрология»
КОГБУЗ «Омут- нинская цен- тральная район- ная больница»	КОГБУЗ «Омутнинская центральная районная больница»	«кардиология», «nevрология»

Схема маршрутизации пациентов при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи взрослым пациентам с заболеваниями кардиологического профиля в амбулаторных условиях, проживающих вне муниципального образования «Город Киров», в зависимости от уровня оказания медицинской помощи**

1 уровень	2 уровень	3 уровень
КОГБУЗ «Малмыжская центральная районная больница»	КОГБУЗ «Вятскополянская центральная районная больница»	
КОГБУЗ «Белохолуницкая центральная районная больница» КОГБУЗ «Нагорская центральная районная больница» КОГБУЗ «Омутнинская центральная районная больница»* КОГБУЗ «Верхнекамская центральная районная больница» КОГБУЗ «Афанасьевская центральная районная больница»	КОГБУЗ «Слободская центральная районная больница имени академика А.Н. Бакулева»	
КОГБУЗ «Пижанская центральная районная больница» КОГБУЗ «Лебяжская центральная районная больница» КОГБУЗ «Яранская центральная районная больница»* КОГБУЗ «Арбажская центральная районная больница» КОГБУЗ «Уржумская центральная районная больница» КОГБУЗ «Тужинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Нолинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Санчурская центральная районная больница им. А.И. Прохорова» КОГБУЗ «Кикнурская центральная районная больница»	КОГБУЗ «Советская центральная районная больница»	КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница»
ФБУЗ МСЧ №52 ФМБА России*** КОГБУЗ «Зуевская центральная районная больница» КОГБУЗ «Фаленская центральная районная больница»	КОГБУЗ «Кирово-Чепецкая центральная районная больница»	

КОГБУЗ «Мурашинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Юрьянская районная больница»	КОГКБУЗ «Больница скорой медицинской помощи»	
КОГБУЗ «Свечинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Даровская центральная районная больница» КОГБУЗ «Шабалинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Сунская центральная районная больница» КОГБУЗ «Куменская центральная районная больница» КОГБУЗ «Немская центральная районная больница» КОГБУЗ «Унинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Кильмезская центральная районная больница» КОГБУЗ «Верхояжемская центральная районная больница» КОГБУЗ «Опаринская центральная районная больница» КОГБУЗ «Подосиновская центральная районная больница им. Н. В. Отрокова» КОГБУЗ «Лузская центральная районная больница» КОГБУЗ «Котельничская центральная районная больница» КОГБУЗ «Оричевская центральная районная больница» КОГБУЗ «Орловская центральная районная больница»	КОГКБУЗ «Центр кардиологии и неврологии», кардиологический диспансер	

**Схема маршрутизации при оказании первичной
специализированной, медико-санитарной помощи взрослым пациентам
с заболеваниями кардиологического профиля в амбулаторных
условиях, проживающим в муниципальном
образовании «Город Киров»**

1 уровень	2 уровень	2,1 *уровень	3 уровень
КОГБУЗ «Кировская городская больница № 2»	КОГБУЗ «Кировский клинико- диагностический центр»	КОГКБУЗ «Центр кардиологии неврологии», кардиологический диспансер	КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница»
КОГБУЗ «Кировская городская больница № 9»	КОГБУЗ «Центр медицинской реабилитации»		
	КОГБУЗ «Кировская клиническая больница № 7 им. В.И. Юрловой»		
КОГБУЗ «Кировская городская больница № 5»	КОГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи»		

*уровень 2.1 применяется при невозможности оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «кардиология» на уровне 2



Организации, оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю «кардиология» вне города Кирова

Когкбуз «Центр кардиологии и неврологии» кардиологический диспансер

Когкбуз «Больница скорой медицинской помощи»

Когбуз «Слободская центральная районная больница им. академика А.Н. Бакулева»

Когбуз «Советская центральная районная больница»

Когбуз «Кирово-Чепецкая центральная районная больница»

Когбуз «Вятскополянская центральная районная больница»

Организации, оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю «кардиология» в городе Кирове

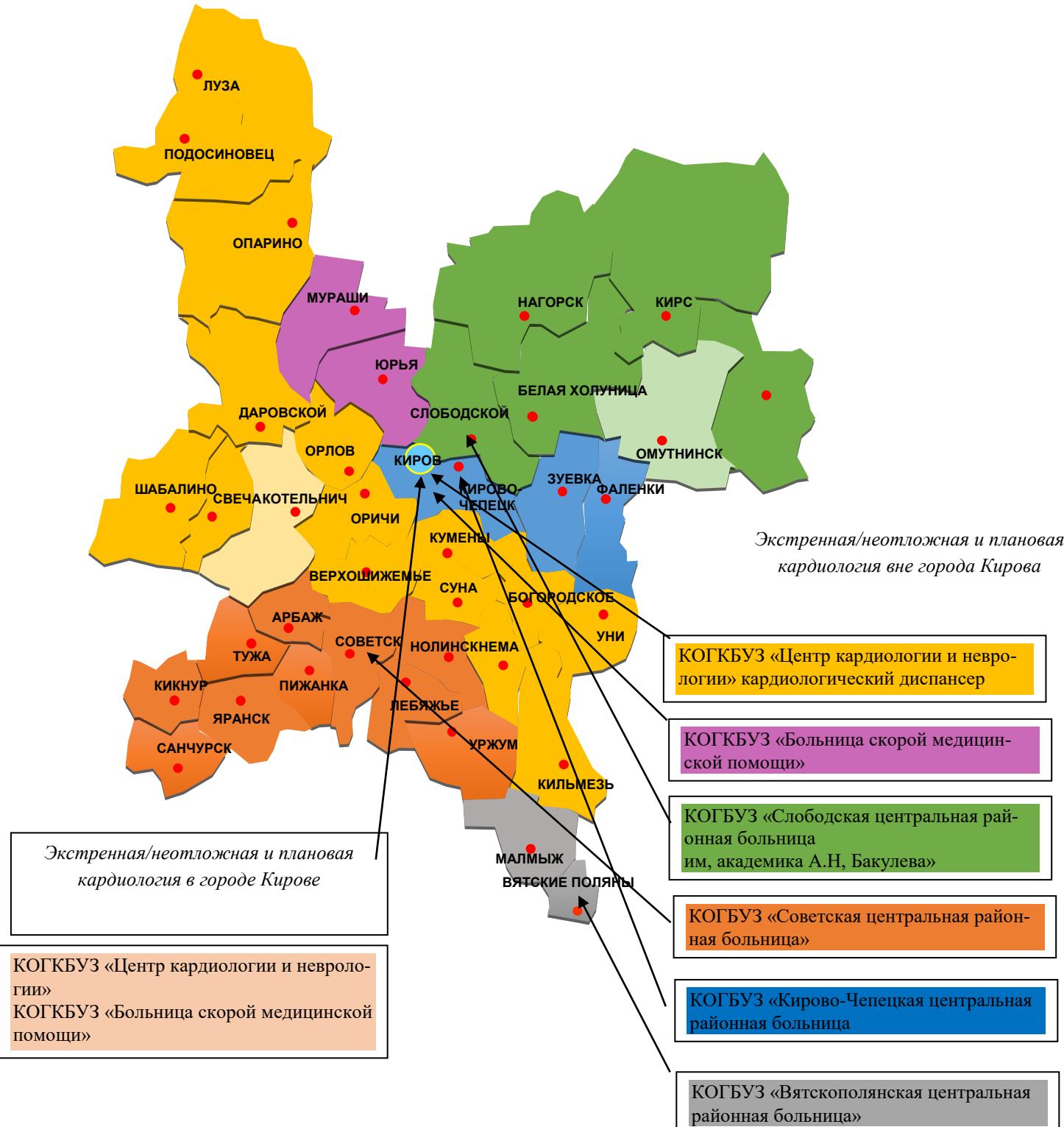
Когкбуз «Центр кардиологии и неврологии» кардиологический диспансер
 Когбуз «Кировский клинико-диагностический центр»
 Когбуз «Больница скорой медицинской помощи»
 Когбуз «Центр медицинской реабилитации»
 Когбуз «Кировская городская больница № 5»
 Когбуз «Кировская клиническая больница № 7 им. В.И. Юрловой»
 Когбуз «Кировская городская больница № 9»

Перечень медицинских организаций, оказывающих пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь в стационарных условиях в экстренной, неотложной и плановой формах.

Наименование медицинской организации	Зона ответственности медицинской организации	Форма оказания медицинской помощи	Вид оказываемой медицинской помощи медицинской помощи	Наличие сосудистых отделений/центра
КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница»	Все областные государственные медицинские организации	экстренная, неотложная, плановая,	специализированная, в том числе высокотехнологичная	региональный сосудистый центр
КОГКБУЗ «Центр кардиологии и неврологии»	Медицинские организации муниципального образования «Город Киров» КОГБУЗ «Свеченская центральная районная больница» КОГБУЗ «Даровская центральная районная больница» КОГБУЗ «Шабалинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Сунская центральная районная больница» КОГБУЗ «Куменская центральная районная больница» КОГБУЗ «Немская центральная районная больница» КОГБУЗ «Унинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Кильмезская центральная районная больница» КОГБУЗ «Верхояжемская центральная районная больница» КОГБУЗ «Опаринская центральная районная больница» КОГБУЗ «Подосиновская центральная районная больница им. Н.В. Отрокова» КОГБУЗ «Лузская центральная районная больница» КОГБУЗ «Котельничская центральная районная больница» КОГБУЗ «Оричевская центральная районная больница» КОГБУЗ «Орловская центральная районная больница»	экстренная, неотложная, плановая.	специализированная	первичное сосудистое отделение
КОГКБУЗ «Больница скорой медицинской помощи»	Медицинские организации муниципального образования «Город Киров» КОГБУЗ «Мурашинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Юрьянская районная больница»	экстренная, неотложная, плановая.	специализированная	первичное сосудистое отделение

КОГБУЗ «Слободская центральная районная больница им. академика А.Н. Бакулева»	КОГБУЗ «Белохолуницкая центральная районная больница» КОГБУЗ «Нагорская центральная районная больница» КОГБУЗ «Омутнинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Верхнекамская центральная районная больница» КОГБУЗ «Афанасьевская центральная районная больница»	экстренная, неотложная, плановая.	специализированная	первичное сосудистое отделение
КОГБУЗ «Советская центральная районная больница»	КОГБУЗ «Пижанская центральная районная больница» КОГБУЗ «Лебяжская центральная районная больница» КОГБУЗ «Яранская центральная районная больница» КОГБУЗ «Арбажская центральная районная больница» КОГБУЗ «Уржумская центральная районная больница» КОГБУЗ «Тужинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Нолинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Кикнурская центральная районная больница» КОГБУЗ «Санчурская центральная районная больница им. А.И. Прохорова»	экстренная, неотложная, плановая.	специализированная	первичное сосудистое отделение
КОГБУЗ «Кирово-Чепецкая центральная районная больница	ФБУЗ МСЧ №52 ФМБА России* КОГБУЗ «Зуевская центральная районная больница» КОГБУЗ «Фаленская центральная районная больница»	экстренная, неотложная, плановая.	специализированная	первичное сосудистое отделение
КОГБУЗ «Вятскополянская центральная районная больница»	КОГБУЗ «Малмыжская центральная районная больница»	экстренная, неотложная, плановая.	специализированная	первичное сосудистое отделение

* начальнику ФБУЗ «МСЧ № 52» рекомендуется направлять взрослых пациенте с нарушениями ритма сердца на госпитализацию в кардиологическое отделение КОГБУЗ «Кирово-Чепецкая центральная районная больница»



Утверждены
распоряжением министерства
здравоохранения
Кировской области
от 03.10.2025 № 789

Правила направления на плановую госпитализацию пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями

1. Направление пациентов с ССЗ на плановую госпитализацию осуществляется в соответствии с действующей территориальной программой государственных гарантий и соответствующими нормативными правовыми актами: приказ Минздрава России от 11.04.2025 № 185н «Об утверждении положения об организации специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи», приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения», приказ Минздрава России от 23.12.2020 № 1363н «Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования».

2. Направление на оказание специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной) в плановой форме осуществляется лечащим врачом. Определение показаний для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в плановой форме осуществляется врачебной комиссией МО, в которой пациенту оказывается первичная специализированная медико-санитарная помощь или специализированная медицинская помощь.

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

4. Специализированная медицинская помощь больным оказывается в стационарных условиях или в условиях дневного стационара по направлению врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики

(семейных врачей), врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, врачей-кардиологов, врачей-специалистов, при доставлении больного бригадой скорой медицинской помощи, а также при самостоятельном обращении больного в медицинскую организацию.

5. Специализированная медицинская помощь больным оказывается в медицинских организациях, имеющих в своей штатной численности врачей-специалистов по специальностям, предусмотренным Номенклатурой специальностей специалистов с высшим послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2009 № 210н по профилю "кардиология", "сердечно-сосудистая хирургия".

Приложение 4

Утверждены
распоряжением министерства
здравоохранения
Кировской области
от 03.10.2025 № 789

Правила проведения диспансерного наблюдения за взрослыми с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Кировской области

1. Диспансерное наблюдение взрослых пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», действующими клиническими рекомендациями. Сроки диспансерного наблюдения и перечень обследований должны соответствовать актуальным клиническим рекомендациям Минздрава России.

2. Организацию проведения диспансерного наблюдения осуществляет руководитель медицинской организации, либо уполномоченный им заместитель руководителя медицинской организации.

3. Лицо, уполномоченное руководителем медицинской организации, проводит анализ результатов диспансерного наблюдения граждан, находящихся на медицинском обслуживании в медицинской организации, в целях оптимизации планирования, повышения эффективности диспансерного наблюдения, повышения качества профилактических мероприятий, совершенствования медицинской помощи больным с эндокринными заболеваниями.

4. Решение об установлении диспансерного наблюдения за пациентами или его прекращении оформляется записью об установлении диспансерного наблюдения или о его прекращении в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (учетная форма 025/у) и контрольной карте диспансерного наблюдения (учетная форма 030/у), а также вносится в медицинскую информационную систему.

5. Диспансерное наблюдение организуется при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, данного с соблюдением требований, установленных статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан».

6. Диспансерному наблюдению у врача-кардиолога подлежат следующие нозологии:

- хронические ревматические болезни сердца (Код по МКБ-10: I05-I09), неревматические поражения митрального клапана, аортального клапана, трехстворчатого клапана, поражения клапана легочной артерии (Код по МКБ-10: I34-I37), дефект перегородки сердца приобретенный, разрыв сухожилий хорды, не классифицированный в других рубриках, разрыв сосочковой мышцы, не классифицированный в других рубриках (Код по МКБ-10: I51.0-I51.2),

- аневризма и расслоение аорты, наличие протеза сердечного клапана, наличие ксеногенного сердечного клапана, наличие другого заменителя сердечного клапана, наличие других сердечных и сосудистых имплантатов и трансплантатов, наличие сердечного и сосудистого имплантата и трансплантата неуточненных (Код по МКБ-10: I71, Z95.2-Z95.4, Z95.8, Z95.9) -диспансерное наблюдение врачом-кардиологом осуществляется при пороках сердца и крупных сосудов;

- болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (Код по МКБ-10: I10-I15) -диспансерное наблюдение врачом-кардиологом осуществляется при артериальной гипертензии, резистентной к медикаментозной терапии и (или) в сочетании с сахарным диабетом и (или) хронической болезнью почек С4 и выше стадии;

- ишемическая болезнь сердца (Код по МКБ-10: I20-I25), наличие аортокоронарного шунтового трансплантата (Код по МКБ-10: Z95.1), наличие коронарного ангиопластичного имплантата трансплантата (Код по МКБ-10: Z95.5) -диспансерное наблюдение врачом-кардиологом осуществляется при следующих заболеваниях, состояниях, функциональных расстройствах: перенесенный инфаркт миокарда и его осложнения в первые 12 месяцев после установки диагноза, стенокардия напряжения III-IV функционального класса, состояния после высокотехнологичных методов лечения на коронарных артериях (чрескожное коронарное вмешательство и аортокоронарное и (или) маммарокоронарное шунтирование) в первые 12 мес. после вмешательства, ишемическая болезнь сердца при неэффективности медикаментозной терапии (рефрактерные симптомы, недостижение целевых уровней АД, ЧСС, ХС-ЛПНП), ишемическая болезнь сердца при наличии сердечной недостаточности и (или) жизнеугрожающих нарушений ритма, ишемическая болезнь сердца в сочетании с сахарным диабетом и (или) хронической болезнью почек С4 и более стадии, при комбинированной антитромботической терапии, ишемическая болезнь сердца в сочетании с симптомным заболеванием периферических артерий и атеросклерозом другого сосудистого бассейна при назначении двойной антиагрегантной или комбинированной антитромботической терапии;

- легочная эмболия (Код по МКБ-10: I26) - диспансерное наблюдение врачом-кардиологом осуществляется при тромбоэмболии легочной артерии - в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях;

- первичная легочная гипертензия (Код по МКБ-10: I27.0), другие болезни легочных сосудов с их соответствующим описанием (Код по МКБ-10: I28), другая вторичная легочная гипертензия(Код по МКБ-10: I27.2), другие уточненные формы легочно-сердечной недостаточности (Код по МКБ-10: I27.8);

- острый и подострый эндокардит (Код по МКБ-10:I33), эндокардит, клапан не уточнен, эндокардит и поражения клапанов сердца при болезнях, классифицированных в других рубриках (Код по МКБ-10: I38-I39) - диспансерное наблюдение врачом-кардиологом осуществляется при перенесенном инфекционном эндокардите;

- острый миокардит (Код по МКБ-10: I40), миокардит при болезнях, классифицированных в других рубриках (Код по МКБ-10: I41), миокардит неуточненный (Код по МКБ-10: I51.4);

- кардиомиопатия (Код по МКБ-10: I42);

-предсердно-желудочковая (атриовентрикулярная) блокада и блокада левой ножки пучка Гиса, другие нарушения проводимости, остановка сердца, пароксизмальная тахикардия, фибрилляция и трепетание предсердий, другие нарушения сердечного ритма(Код по МКБ-10: I44-I49), Наличие искусственного водителя сердечного ритма (Код по МКБ-10: Z95.0)

- Диспансерное наблюдение врачом-кардиологом осуществляется при следующих заболеваниях, состояниях, функциональных расстройствах: жизнеугрожающие формы нарушений сердечного ритма и проводимости, пароксизмальная тахикардия, фибрилляция и трепетание предсердий в сочетании с сахарным диабетом и (или) хронической болезнью почек С4 и выше стадии и (или) высоким риском кровотечений в связи с другими заболеваниями и (или) состояниями, наличие имплантируемого электронного устройства, катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний;

-сердечная недостаточность (Код по МКБ-10: I50) - диспансерное наблюдение врачом-кардиологом осуществляется при следующих заболеваниях, состояниях, функциональных расстройствах: хроническая сердечная недостаточность 2Б-3 стадии и (или) с фракцией выброса левого желудочка <40% и (или) III-IV функционального класса по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA, 1964), хроническая сердечная недостаточность 1-2а стадии и I-II функционального класса по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA, 1964) и ФВ $\geq 40\%$ 40% в сочетании с сахарным диабетом и (или) хронической болезнью почек 4 и 5 стадии;

-закупорка и стеноз сонной артерии (Код по МКБ-10: I65.2) - диспансерное наблюдение врачом-кардиологом осуществляется при следующих заболеваниях, состояниях, функциональных расстройствах: стеноз внутренней сонной артерии от 40% при сочетании с ишемической

болезнью сердца и симптомным атеросклеротическим поражением периферических артерий или артерий другого сосудистого русла;

-нарушения обмена липопротеинов и другие липидемии (Код по МКБ-10: [E78](#)) Диспансерное наблюдение врачом-кардиологом осуществляется при следующих заболеваниях, состояниях, функциональных расстройствах: тяжелая дислипидемия (общий холестерин сыворотки $>8,0$ ммоль/л и (или) ХС-ЛПНП $>5,0$ ммоль/л и(или) триглицериды >10 ммоль/л) и (или) подозрение на непереносимость гиполипидемической терапии ввиду развития побочных эффектов или недостаточная ее эффективность и (или) ранний анамнез сердечно-сосудистых заболеваний (до 50 лет), в том числе после реваскуляризации вследствие

- атеросклеротического поражения сосудистого русла;
- врожденные аномалии (пороки развития) системы кровообращения (Состояние после оперативного лечения врожденных аномалий [пороков развития] системы кровообращения) (Код по МКБ-10: [Q20-Q28](#))

7. Диспансерное наблюдение врача-кардиолога на дому осуществляется отдельным категориям пациентов, которым невозможно его проведение в амбулаторных условиях (в случае ограниченных возможностей самостоятельного передвижения пациента ввиду тяжелого состояния, сопутствующей патологии).

8. В случае отсутствия врача-кардиолога в медицинской организации по месту прикрепления пациента диспансерное наблюдение пациента с сердечно-сосудистыми заболеваниями на дому проводится участковой службой с последующей телемедицинской консультацией с врачом-кардиологом.

9. Медицинские организации Кировской области ежеквартально формируют поименные списки пациентов, занимаются активным приглашением пациентов на диспансерный прием, а также отслеживают сроки явки пациентов.

10. Проактивное приглашение пациентов может проводиться посредством телефонного звонка, СМС, письма или иного метода связи, который указал пациент при оформлении первичной медицинской документации. Необходимо обеспечить возможность записи пациента на диспансерный прием в соответствии с доступными источниками записи в дистанционном формате (по телефону, посредством региональной МИС, в личном кабинете на ЕПГУ и др.).

11. В случае неявки пациента на очередной диспансерный прием пациент вызывается повторно активно.

12. В случае, если не удалось установить контакт с пациентом, необходимо провести повторное информирование в течение месяца, после чего организовать выход медицинского работника к пациенту на дом с целью диспансерного наблюдения. Для повышения качества привлечения

пациентов на диспансерный прием, рекомендуется проводить анализ отклика на приглашение, который рассчитывается по формуле:

Число лиц, записанных на прием к врачу по итогам обзыва x 100
Число лиц, которым удалось дозвониться

Данный показатель должен стремиться к 100%.

13. По итогам диспансерного приема врач при необходимости проводит коррекцию лечения (в соответствии с клиническими рекомендациями по профилю заболевания), оценивает необходимость госпитализации (в т. ч. с целью оказания ВМП), а также при необходимости направляет на реабилитационные мероприятия.

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

1) установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;

2) получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

15 Каждый пациент по завершении диспансерного приема должен быть проинформирован о дате проведения следующего диспансерного приема.

Утверждена
распоряжением министерства
здравоохранения
Кировской области
от 03.10.2025 № 789

СХЕМА
маршрутизации на проведение отдельных видов
диагностических исследований сердечно-сосудистой системы

Методы диагностики	Медицинская организация	Зоны ответственности
Рекомендуемые для включения методы диагностики		
Эхокардиография с физической/фармакологической нагрузкой (стресс-ЭХО кардиография)	КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница»	Все областные государственные медицинские организации
Чреспищеводная эхокардиография	КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница»,	Районные медицинские организации
	КОГКБУЗ «Центр кардиологии и неврологии»	Медицинские организации муниципального образования «город Киров»
Коронароангиография	КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница»	Все областные государственные медицинские организации
Коронароангиография с использованием методов внутрисосудистой визуализации и/или оценкой физиологии кровотока	КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница»	Все областные государственные медицинские организации
Компьютерно-томографическая коронарография	КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница»	Все областные государственные медицинские организации
Однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда перфузационная с функциональными пробами	КОГКБУЗ «Центр онкологии и медицинской радиологии»	Все областные государственные медицинские организации
Позитронно-эмиссионная томография миокарда, в том числе с функциональ-	КОГКБУЗ «Центр онколо-	Все областные государственные медицинские

Методы диагностики	Медицинская организация	Зоны ответственности
ными пробами	гии и медицинской радиологии»	организации
Магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием	КОГКБУЗ «Центр онкологии и медицинской радиологии	Все областные государственные медицинские организации
Неинвазивное электрофизиологическое исследование сердца (чреспищеводная предсердная электрокардиостимуляция	КОГКБУЗ «Центр кардиологии и неврологии»	Все областные государственные медицинские организации
Ортостатические тесты с использованием поворотного стола и др.	КОГКБУЗ «Центр кардиологии и неврологии»	Все областные государственные медицинские организации
Внутрисердечное электрофизиологическое исследование	КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница»	Все областные государственные медицинские организации
Однофотонная эмиссионная компьютерная томография легких	КОГКБУЗ «Центр онкологии и медицинской радиологии»	Все областные государственные медицинские организации

Схема маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, проживающими вне муниципального образования «Город Киров», для проведения электрокардиографии с физической/фармакологической нагрузкой (VELOЭРГОМЕТРИЯ, ТРЕДМИЛ-ТЕСТ)

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зоны ответственности	Форма оказания и профиль помощи
КОГБУЗ «Вятскополянская центральная районная больница»	г. Вятские Поляны, ул. Лермонтова, д.2	КОГБУЗ «Малмыжская центральная районная больница» КОГБУЗ «Вятскополянская центральная районная больница»	Плановая
КОГБУЗ «Слободская центральная районная больница имени академика А.Н. Бакулева»	г. Слободской, ул. Советская, 90	КОГБУЗ «Белохолуницкая центральная районная больница» КОГБУЗ «Нагорская центральная районная больница» КОГБУЗ «Омутнинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Верхнекамская централь-	Плановая

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зоны ответственности	Форма оказания и профиль помощи
		ная районная больница» КОГБУЗ «Афанасьевская центральная районная больница» КОГБУЗ «Слободская центральная районная больница имени академика А.Н. Бакулева»	
КОГКБУЗ «Больница скорой медицинской помощи»	г. Киров, ул. Свердлова, д. 4.	КОГБУЗ «Мурашинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Юрьянская районная больница»	Плановая
КОГКБУЗ «Центр кардиологии и неврологии», кардиологический диспансер	г. Киров, ул. Ивана Попова, д. 41.	КОГБУЗ «Свеченская центральная районная больница» КОГБУЗ «Даровская центральная районная больница» КОГБУЗ «Шабалинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Сунская центральная районная больница» КОГБУЗ «Куменская центральная районная больница» КОГБУЗ «Немская центральная районная больница» КОГБУЗ «Унинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Кильмезская центральная районная больница» КОГБУЗ «Верхояшемская центральная районная больница» КОГБУЗ «Опаринская центральная районная больница» КОГБУЗ «Подосиновская центральная районная больница им. Н. В. Отрокова» КОГБУЗ «Лузская центральная районная больница» КОГБУЗ «Котельничская центральная районная больница» КОГБУЗ «Оричевская центральная районная больница» КОГБУЗ «Орловская центральная районная больница»	Плановая
КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница»	г. Киров, ул. Воровского, д. 42.	КОГБУЗ «Пижанская центральная районная больница» КОГБУЗ «Лебяжская центральная районная больница» КОГБУЗ «Яранская центральная	Плановая

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зоны ответственности	Форма оказания и профиль помощи
		районная больница» КОГБУЗ «Арбажская центральная районная больница» КОГБУЗ «Уржумская центральная районная больница» КОГБУЗ «Тужинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Нолинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Кикнурская центральная районная <u>больница</u> » КОГБУЗ «Санчурская центральная районная больница им. А.И. Прохорова» КОГБУЗ «Советская центральная районная больница» ФБУЗ МСЧ №52 ФМБА России КОГБУЗ «Зуевская центральная районная больница» КОГБУЗ «Фаленская центральная районная больница»	

Утвержден
распоряжением министерства
здравоохранения
Кировской области
от 03.10.2025 № 789

**СХЕМА
маршрутизации пациентов с острым коронарным
синдромом**

**Алгоритм оказания медицинской помощи в неотложной форме
пациентам с острым коронарным синдромом на территории
Кировской области**

1. Настоящий алгоритм об организации оказания неотложной помощи пациентам с острым коронарным синдромом на территории Кировской области устанавливает правила оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (далее - ОКС) и другими угрожающими жизни состояниями при сердечно-сосудистых заболеваниях.

2. К основным состояниям и заболеваниям, требующим оказания неотложной медицинской помощи в первичных сосудистых отделениях (далее - ПСО) и (или) региональном сосудистом центре (далее - РСЦ), относятся:

2.1. ОКС (коды 121, 122, 120.0 по МКБ-10): острый инфаркт миокарда в т.ч. повторный, нестабильная стенокардия.

2.2. Другие угрожающие жизни состояния при сердечно-сосудистых заболеваниях (клиническая смерть, тромбоэмболия легочной артерии, подозрение на расслаивающую аневризму аорты).

3. Оказание неотложной медицинской помощи пациентам с ОКС включает два основных этапа:

3.1. Догоспитальный этап, осуществляемый в порядке первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи (далее - СМП).

3.2. Стационарный этап, осуществляемый в специализированных отделениях неотложной кардиологии с блоками интенсивной терапии и реанимации (далее - БИТР) РСЦ и ПСО.

4. Догоспитальный этап.

4.1. Оказание первичной, в том числе первичной специализированной медицинской помощи пациентам с ОКС, осуществляется медицинскими

работниками со средним медицинским образованием, врачами-терапевтами-участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-кардиологами, врачами и фельдшерами выездных бригад СМИ

4.2. Врач (фельдшер) бригады СМП оказывает помощь пациентам с ОКС в объеме, установленном действующим стандартом медицинской помощи при соответствующих заболеваниях, в т.ч. проводит, при наличии медицинских показаний, тромболитическую терапию.

4.3. Формирование укладки бригады СМП, выезжающей для оказания скорой медицинской помощи больным с ОКС, и оснащение машины СМП (санитарного автотранспорта) осуществляется по принципу полного обеспечения выполнения всех неотложных лечебно-диагностических мероприятий, предусмотренных стандартом медицинской помощи (с запасом на двух пациентов) вне зависимости от состава бригады.

4.4. Врачи-специалисты РСЦ/ПСО при необходимости круглосуточно оказывают консультативную помощь бригадам СМП, врачам-специалистам иных областных государственных медицинских организаций по фиксированному телефону, в том числе с применением дистанционных технологий проводят консультирование и интерпретацию электроэкардиографических данных, переданных в системе теле-ЭКГ.

4.5. Основанием для госпитализации в РСЦ/ПСО является обоснованное подозрение на наличие у пациента состояния/заболевания, указанного в пункте 2 настоящего алгоритма.

4.6. Бригада СМП доставляет пациента с ОКС в РСЦ/ПСО в соответствии с перечнем зон обслуживания сосудистых отделений (приложение 3).

4.7. Независимо от перечня зон обслуживания, госпитализации в РСЦ подлежат:

пациенты с ОКС с подъемом сегмента ST по ЭКГ;

пациенты с осложненным течением ОКС (отек легких, кардиогенный шок, жизнеугрожающие нарушения сердечного ритма и проводимости, остановка сердца);

пациенты с ОКС при наличии в анамнезе операций стентирования коронарных артерий и/или аорто-коронарного шунтирования;

пациенты с ОКС без подъема сегмента ST по ЭКГ, имеющие изменения по ЭКГ.

пациенты с подозрением на расслаивающую аневризму аорты;

все беременные женщины и женщины в течение 42 дней после завершения беременности, имеющие объективные признаки ОКС, тромбоэмболии легочной артерии, расслаивающей аневризмы аорты. После госпитализации пациентки с вышеуказанной патологией РСЦ организует консилиум с участием главного акушера-гинеколога министерства здравоохранения Кировской области.

4.8. Пациенты с ОКС из населенных пунктов, находящихся на

расстоянии менее 100 км от РСЦ, в обязательном порядке консультируются по телефону дежурным врачом-кардиологом РСЦ для определения дальнейшей тактики.

4.9. Пациент доставляется в РСЦ/ПСО в максимально короткие сроки.

4.10. Передача пациента с ОКС бригадой СМП происходит непосредственно дежурному врачу профильного отделения или врачу-анестезиологу-реаниматологу.

4.11. При необходимости проведения диагностических процедур для уточнения наличия у пациента состояния (заболевания), указанного в пункте 2 настоящего алгоритма, бригада СМП находится в медицинской организации.

4.12. При исключении показаний для госпитализации в РСЦ/ПСО, пациент может быть направлен в иную медицинскую организацию соответствующего профиля.

4.13. При исключении показаний для экстренной коронарографии у пациентов, доставленных в РСЦ, пациент с ОКС после осмотра врачом-специалистом РСЦ может быть направлен на лечение в КОГКБУЗ «Центр кардиологии и неврологии».

4.14. В случае неисправности ангиографа РСЦ госпитализация пациентов с ОКС осуществляется в РСЦ/ПСО согласно перечню зон обслуживания сосудистых отделений.

5. Стационарный этап.

5.1. Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с ОКС осуществляется в областных государственных медицинских организациях, в структуре которых организованы РСЦ/ПСО, в условиях обеспечения круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.

5.2. При выявлении в ПСО показаний для проведения высокотехнологичных видов медицинской помощи (коронарография и др.) пациент после стабилизации состояния переводится в РСЦ.

5.3. Организацию транспортировки пациента осуществляет направляющая медицинская организация, для чего могут применяться все виды санитарного транспорта, включая санитарную авиацию.

5.4. Перевод пациентов из ПСО и медицинских организаций без возможности выполнить экстренное ЧКВ в РСЦ при ОКС без подъёма сегмента ST осуществляется в первые 2-72 часа после госпитализации на основании оценки риска неблагоприятного исхода:

перевод пациентов с ОКС без подъёма сегмента ST и признаками очень высокого риска неблагоприятного исхода в РСЦ из ПСО и медицинских организаций без возможности выполнить экстренное ЧКВ осуществляется незамедлительно;

перевод пациентов с ОКС без подъёма сегмента ST и признаками высокого риска неблагоприятного исхода в РСЦ из ПСО и медицинских

организаций без возможности выполнить экстренное ЧКВ осуществляется в срочном порядке в течение 24 часов;

перевод пациентов из ПСО и медицинских организаций без возможности выполнить экстренное ЧКВ в РСЦ при ОКС с подъёмом сегмента ST осуществляется незамедлительно после стабилизации состояния пациента;

у пациентов с ОКС без подъема сегмента ST без повторения ишемии миокарда, без критериев очень высокого, высокого риска неблагоприятного исхода решение о целесообразности коронарографии до выписки из стационара и реваскуляризации миокарда по ее итогам рекомендуется принимать на основании клинической картины заболевания и результатов дополнительного обследования. (к дополнительным обследованиям относятся: компьютерная томография-ангиография коронарных артерий, неинвазивные стресс-тесты (предпочтительно с визуализацией миокарда или оценкой его сократимости).);

у пациентов без повторения ишемии миокарда, без критериев очень высокого, высокого риска неблагоприятного исхода при высокой вероятности наличия ОКС без подъема сегмента ST предпочтительна коронарография до выписки из стационара с решением вопроса о целесообразности реваскуляризации миокарда.

5.5. Пациенты с ОКС:

осматриваются в экстренном порядке врачами-кардиологами/анестезиологами-реаниматологами, которые оценивают общее состояние больного, жизненно-важные функции (при наличии медицинских показаний осуществляют их коррекцию);

госпитализируются в БИТР, минуя приемное отделение медицинской организации, для проведения обследования, интенсивной и тромболитической терапии, мониторного слежения за витальными функциями;

обследуются в экстренном порядке с использованием лабораторных и инструментальных методов: общий анализ крови, уровень глюкозы, креатинина, тропонинов, ЭКГ, эхокардиография (оптимально выполнение в первые сутки);

обследуются в плановом порядке: эхокардиография.

5.6. При переводе пациентов между ПСО и РСЦ в рамках одного случая с целью необоснованного дублирования исследований, повторные лабораторные/инструментальные исследования проводятся по показаниям.

5.7. В РСЦ пациентам с ОКС без подъёма сегмента ST проводится коронарография (далее - КАГ):

в первые 2 часа после госпитализации при наличии признаков очень высокого риска неблагоприятного исхода;

в первые 24 часа после госпитализации при наличии признаков высокого риска неблагоприятного исхода;

Пациентам с ОКС с подъёмом сегмента ST КАГ осуществляется незамедлительно после установления диагноза.

5.8. Стратификация риска при ОКС без подъёма сегмента ST электрокардиограммы проводится согласно приложению № 6.

5.9. С момента поступления пациентам проводятся реабилитационные мероприятия под контролем лечащего врача, инструктора ЛФК и медицинского психолога (1 этап реабилитации).

5.10. Обследование, лечение и реабилитация пациентов с другими угрожающими жизни состояниями при сердечно-сосудистых заболеваниях осуществляется на основании действующих стандартов медицинской помощи, утвержденных приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

5.11. При выявлении в РСЦ/ПСО показаний для проведения высокотехнологичных видов медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» (аортокоронарное шунтирование и др.) пациент после стабилизации состояния незамедлительно консультируется врачом сердечно-сосудистым хирургом КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница», в том числе посредством телемедицинской консультации и переводится в кардиохирургическое отделение КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница».

5.12. После завершения стационарного лечения в РСЦ/ПСО пациенту определяется дальнейшая тактика лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения:

выписка под динамическое наблюдение врача-кардиолога, врача-терапевта участкового или врача общей практики (семейного врача) по месту жительства;

перевод (при наличии медицинских показаний) для продолжения лечения в кардиохирургическое отделение;

перевод для осуществления мероприятий по медицинской реабилитации в специализированные отделения реабилитации областных государственных медицинских организаций;

перевод (при наличии медицинских показаний) на долечивание в условиях круглосуточного стационара терапевтического профиля в иные областные государственные медицинские организации.

перевод (при наличии медицинских показаний) для продолжения лечения в медицинские организации федерального уровня для оказания высокотехнологичной медицинской.

ПЕРЕЧЕНЬ
медицинских организаций Кировской области,
в структуре которых организованы сосудистые отделения

Структурное подразделение	Город	Наименование медицинской организации	Койки кардиологического профиля	
			Всего	В т.ч. БИТР.
РСЦ	г. Киров	КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница»	60	12
ПСО № 1	г. Киров	КОГКБУЗ «Центр кардиологии и неврологии»	30	6
ПСО № 2	г. Слободской	КОГБУЗ «Слободская центральная районная больница им. академика А.Н. Бакулева»	30	6
ПСО № 3	г. Советск	КОГБУЗ «Советская центральная районная больница»	30	6
ПСО № 4	г. Вятские Поляны	КОГБУЗ «Вятскополянская центральная районная больница»	15	3
ПСО № 5	г. Кирово-Чепецк	КОГБУЗ «Кирово- Чепецкая районная больница»	15	3
ПСО № 6	г. Киров	КОГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи»	15	3

ПЕРЕЧЕНЬ
зон обслуживания сосудистых отделений

№ п/п	Наименование медицинской организаций	Наименование медицинской организации	Количество взрослого населения, прикрепленного для обслуживания, человек
1	РСЦ КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница»		395042
	г. Киров КОГБУЗ «Кировская городская больница №2» КОГБУЗ «Кировская городская больница №5» КОГБУЗ «Кировская городская больница №9» КОГБУЗ «Кировская городская больница №5» КОГБУЗ «Кировский клинико-диагностический центр», кроме поликлиники №7 и поликлиники №8		321066
	КОГБУЗ «Свечинская центральная районная больница»		6044
	КОГБУЗ «Даровская центральная районная больница»		7544
	КОГБУЗ «Шабалинская центральная районная больница»		6949
	КОГБУЗ «Сунская центральная районная больница»		4854
	КОГБУЗ «Куменская центральная районная больница»		12971
	КОГБУЗ «Немская центральная районная больница»		4917
	КОГБУЗ «Унинская центральная районная больница»		5858
	КОГБУЗ «Кильмезская центральная районная больница»		9187
	КОГБУЗ «Верхояжемская центральная районная больница»		6358
	КОГБУЗ «Опаринская центральная районная больница»		5874
	КОГБУЗ «Подосиновская центральная районная больница им. Н.В. Отрокова»		10335
	КОГБУЗ «Лузская центральная районная больница»		1273
	КОГБУЗ «Мурашинская центральная районная больница»		8453
	КОГБУЗ «Юрьянская районная больница»		15287
2	ПСО №1, КОГБУЗ «Центр кардиологии и неврологии»		140716
	КОГБУЗ «Кировский клинико-диагностический центр», поликлиника №7 КОГБУЗ «Кировский клинико-диагностический центр», поликлиника №8 КОГБУЗ «Кировская клиническая больница №7 им. В.И. Юрловой»		79125
	КОГБУЗ «Котельничская центральная районная больница»		28773
	КОГБУЗ «Оричевская центральная районная больница»		22755
	КОГБУЗ «Орловская центральная районная больница»		10063
3	ПСО №2, КОГБУЗ «Слободская центральная районная больница им. академика А.Н. Бакулева»		125113
	КОГБУЗ «Слободская центральная районная больница им. академика А.Н. Бакулева»		49664
	КОГБУЗ «Белохолуницкая центральная районная больни-		13197

№ п/п	Наименование медицинской организации	Количество взрослого населения, прикрепленного для обслуживания, человек
	ца»	
	КОГБУЗ «Нагорская центральная районная больница»	6389
	КОГБУЗ «Омутнинская центральная районная больница»	30039
	КОГБУЗ «Верхнекамская центральная районная больница»	16781
	КОГБУЗ «Афанасьевская центральная районная больница»	9043
4	ПСО №3, КОГБУЗ «Советская центральная районная больница»	105047
	КОГБУЗ «Советская центральная районная больница»	18711
	КОГБУЗ «Пижанская центральная районная больница»	7137
	КОГБУЗ «Лебяжская центральная районная больница»	6209
	КОГБУЗ «Иранская центральная районная больница»	17578
	КОГБУЗ «Арбажская центральная районная больница»	4558
	КОГБУЗ «Уржумская центральная районная больница»	17477
	КОГБУЗ «Тужинская центральная районная больница»	5660
	КОГБУЗ «Нолинская центральная районная больница»	14110
	КОГБУЗ «Кикнурская центральная районная больница»	6999
	КОГБУЗ «Санчурская центральная районная больница им. А.И. Прохорова»	6608
5	ПСО №4, КОГБУЗ «Вятскополянская центральная районная больница»	68115
	КОГБУЗ «Вятскополянская центральная районная больница»	49559
	КОГБУЗ «Малмыжская центральная районная больница»	18556
6	ПСО №5, КОГБУЗ «Кирово-Чепецкая центральная районная больница»	77713
7	КОГБУЗ «Кирово-Чепецкая центральная районная больница»	52991
	ФБУЗ МСЧ №52 ФМБА России	
	КОГБУЗ «Зуевская центральная районная больница»	15731
	КОГБУЗ «Фаленская центральная районная больница»	8991
	ПСО №6, КОГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи»	41938
	КОГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи»	41938

**ПРИКРЕПЛЕНИЕ
медицинских организаций к сосудистому отделению в зависимости
от удаленности от сосудистого отделения**

№ группы	Наименование медицинской организации	Прикрепление к сосудистому отделению
1 (0-25 км)	Медицинские организации г. Кирова г. Киров: КОГБУЗ «Кировская городская больница №2» КОГБУЗ «Кировская городская больница №5» КОГБУЗ «Кировская городская больница №9» КОГБУЗ «Кировский клинико-диагностический центр», кроме поликлиники №7 и поликлиники №8	РСЦ
	КОГБУЗ «Кировский клинико-диагностический центр», поликлиника №7 КОГБУЗ «Кировский клинико-диагностический центр», поликлиника №8 КОГБУЗ «Кировская клиническая больница №7 им. В.И. Юрловой»	ПСО №1
	КОГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи»	ПСО №6
	КОГБУЗ «Слободская центральная районная больница им. академика А.Н. Бакулева»	ПСО №2
	КОГБУЗ «Советская центральная районная больница»	ПСО №3
	КОГБУЗ «Вятскополянская центральная районная больница»	ПСО №4
	КОГБУЗ «Кирово-Чепецкая центральная районная больница» ФБУЗ МСЧ №52 ФМБА России	ПСО №5
	КОГБУЗ «Оричевская центральная районная больница»	ПСО №1
	КОГБУЗ «Белохолуницкая центральная районная больница»	ПСО №2
2 (25-50	КОГБУЗ «Пижанская центральная районная больница» КОГБУЗ «Лебяжская центральная районная больница»	ПСО №3
	КОГБУЗ «Куменская центральная районная больница» КОГБУЗ «Сунская центральная районная больница»	РСЦ
	КОГБУЗ «Верхошижемская центральная районная больница»	
	КОГБУЗ «Юрьянская районная больница»	ПСО №6
3 (50-100 км)	КОГБУЗ «Орловская центральная районная больница»	ПСО №1
	КОГБУЗ «Нагорская центральная районная больница»	ПСО №2
	КОГБУЗ «Иранская центральная районная больница» КОГБУЗ «Арбажская центральная районная больница» КОГБУЗ «Уржумская центральная районная больница» КОГБУЗ «Тужинская центральная районная больница»	ПСО №3
	КОГБУЗ «Малмыжская центральная районная больница»	ПСО №4
	КОГБУЗ «Зуевская центральная районная больница» КОГБУЗ «Фаленская центральная районная больница»	ПСО №5
4 (>-100	КОГБУЗ «Мурашинская центральная районная больница»	ПСО №6

№ группы	Наименование медицинской организации	Прикрепление к сосудистому отделению
км)	КОГБУЗ «Немская центральная районная больница» КОГБУЗ «Свединская центральная районная больница» КОГБУЗ «Даровская центральная районная больница» КОГБУЗ «Унинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Шабалинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Кильмезская центральная районная больница» КОГБУЗ «Опаринская центральная районная больница» КОГБУЗ «Подосиновская центральная районная больница им. Н.В. Отрокова» КОГБУЗ «Лузская центральная районная больница»	РСЦ
	КОГБУЗ «Котельничская центральная районная больница»	ПСО №1
	КОГБУЗ «Омутнинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Верхнекамская центральная районная больница» КОГБУЗ «Афанасьевская центральная районная больница»	ПСО №2
	КОГБУЗ «Нолинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Кикнурская центральная районная больница» КОГБУЗ «Санчурская центральная районная больница им. А.И. Прохорова»	ПСО №3

**ПРИКРЕПЛЕНИЕ
медицинских организаций к сосудистому отделению в зависимости
от удаленности от сосудистого отделения**

№ группы	Наименование медицинской организации	Прикрепление к сосудистому отделению
1 (0-25 км)	Медицинские организации г. Кирова г. Киров: КОГБУЗ «Кировская городская больница №2» КОГБУЗ «Кировская городская больница №5» КОГБУЗ «Кировская городская больница №9» КОГБУЗ «Кировский клинико-диагностический центр», кроме поликлиники №7 и поликлиники №8	РСЦ
	КОГБУЗ «Кировский клинико-диагностический центр», поликлиника №7 КОГБУЗ «Кировский клинико-диагностический центр», поликлиника №8 КОГБУЗ «Кировская клиническая больница №7 им. В.И. Юрловой»	ПСО №1
	КОГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи»	ПСО №6
	КОГБУЗ «Слободская центральная районная больница им. академика А.Н. Бакулева»	ПСО №2
	КОГБУЗ «Советская центральная районная больница»	ПСО №3
	КОГБУЗ «Вятскополянская центральная районная больница»	ПСО №4

№ группы	Наименование медицинской организации	Прикрепление к сосудистому от-делению
	КОГБУЗ «Кирово-Чепецкая центральная районная больница» ФБУЗ МСЧ №52 ФМБА России	ПСО №5
2 (25-50	КОГБУЗ «Оричевская центральная районная больница»	ПСО №1
	КОГБУЗ «Белохолуницкая центральная районная больница»	ПСО №2
	КОГБУЗ «Пижанская центральная районная больница» КОГБУЗ «Лебяжская центральная районная больница»	ПСО №3
3 (50-	КОГБУЗ «Куменская центральная районная больница»	РСЦ
	КОГБУЗ «Сунская центральная районная больница»	
100 км)	КОГБУЗ «Верхоянскская центральная районная больница»	
	КОГБУЗ «Юрьянская районная больница»	ПСО №6
	КОГБУЗ «Орловская центральная районная больница»	ПСО №1
	КОГБУЗ «Нагорская центральная районная больница»	ПСО №2
	КОГБУЗ «Иранская центральная районная больница»	
	КОГБУЗ «Арбажская центральная районная больница» КОГБУЗ «Уржумская центральная районная больница» КОГБУЗ «Тужинская центральная районная больница»	ПСО №3
	КОГБУЗ «Малмыжская центральная районная больница»	ПСО №4
	КОГБУЗ «Зуевская центральная районная больница»	ПСО №5
4 (>-100 км)	КОГБУЗ «Мурашинская центральная районная больница»	ПСО №6
	КОГБУЗ «Немская центральная районная больница» КОГБУЗ «Све- чинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Даровская цен- тральная районная больница» КОГБУЗ «Унинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Шабалинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Кильмезская центральная районная больница»	РСЦ
	КОГБУЗ «Опаринская центральная районная больница» КОГБУЗ «Подосиновская центральная районная больница им. Н.В. Отроко- ва»	
	КОГБУЗ «Лузская центральная районная больница»	
	КОГБУЗ «Котельничская центральная районная больница»	ПСО №1
	КОГБУЗ «Омутнинская центральная районная больница»	ПСО №2
	КОГБУЗ «Верхнекамская центральная районная больница»	
	КОГБУЗ «Афанасьевская центральная районная больница»	
	КОГБУЗ «Нолинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Кикнурская центральная районная больница» КОГБУЗ «Санчур- ская центральная районная больница им. А.И. Прохорова»	ПСО №3

Схема маршрутизации и медицинской эвакуации (в том числе с использованием санитарной авиации) пациентов с ОКС



Стратификация риска при ОКС без подъёма сегмента ST электрокардиограммы

- 1.1. Критерии очень высокого риска при ОКС без подъёма сегмента ST: нестабильность гемодинамики или кардиогенный шок; продолжающаяся или повторяющаяся боль в грудной клетке, рефрактерная к медикаментозному лечению; угрожающие жизни аритмии или остановка кровообращения;

механические осложнения острого инфаркта миокарда (разрыв свободной стенки левого желудочка, разрыв межжелудочковой перегородки, разрыв папиллярных мышц или хорд створок митрального клапана);

острая сердечная недостаточность с сохраняющимися стенокардией или смещениями сегмента ST на ЭКГ;

повторные динамические смещения сегмента ST или изменения зубца Т, особенно повторяющийся подъём сегмента ST.

Пациенты, пришедшие в сознание после устранения остановки кровообращения, должны немедленно подвергнуться КАГ.

Пациентам в коме, сохраняющейся несмотря на восстановление кровообращения, требуется мультидисципинарное консультирование и дообследование с целью исключения некоронарных причин остановки кровообращения. При отсутствии явных некоронарных причин им следует выполнить КАГ.

1.2. Критерии высокого риска при ОКС без подъёма сегмента ST:

подъём или снижение концентрации сердечного тропонина в крови, соответствующие критериям инфаркта миокарда;

подтвержденный инфаркт миокарда без подъема сегмента ST

динамические смещения сегмента ST или изменения зубца Т (с симптомами или бессимптомные);

риск по шкале GRACE > 140 баллов;

отсутствие признаков очень высокого риска при поступлении или в ходе наблюдения в стационаре.

**Контрольный лист
по принятию решения врачебной/фельдшерской бригадой скорой
медицинской помощи о проведении пациенту с острым коронарным
синдромом тромболитической терапии**

1. Паспортная часть**Фамилия, имя, отчество:****Пол:****Возраст:****Сопутствующие заболевания:****Дата и время:****Начала ангинозного приступа:** « » 20 г. ч. : МИН.**Обращения за СМИ:** « » 20 г. ч. : МИН.**Осмотра:** « » 20 г. ч. : МИН.**Начала проведения тромболитической терапии препаратом**

« » 20 г.

Определение показаний к проведению тромболитической терапии	ДА	НЕТ
Характерный для ОКС болевой синдром и/или его эквиваленты, длительностью не менее 15-20 мин., начавшиеся не более 12 часов тому назад		
Есть подъем сегмента ST на 0,1 mV и более в двух и более смежных отведениях ЭКГ или зарегистрирована блокада левой ножки пучка Гиса, которой раньше у больного не было, или ЭКГ-признаки истинного заднего ИМ (высокие зубцы R в правых преокордиальных отведениях и депрессия сегмента ST в отведениях V1-V4 с направленным вверх зубцом Т (элевация (подъем) сегмента ST в отведениях V7-V9)		

Исключение абсолютных противопоказаний к ТЛТ	ДА	НЕТ
Больной ориентирован, может общаться		
Отсутствуют указания на перенесенный ишемический инсульт в предыдущие 3 мес.		
Отсутствуют указания на перенесенный в любое время ранее геморрагический инсульт или инсульт неуточненный как геморрагический или ишемический		
Отсутствуют указания на тяжелую травму головы или оперативное вмешательство на голове в предшествующие 3 мес.		
Отсутствуют указания на опухоль головы (первичную или метастатическую) и/или изменения структуры мозговых сосудов (например, их аневризма)		

Исключение абсолютных противопоказаний к ТЛТ	ДА	НЕТ
скую) и/или изменения структуры мозговых сосудов (например, их аневриз- <u>ма</u>)		
Отсутствуют сведения о недавнем (в течение предыдущих 4-х недель) внутреннем кровотечений		
Отсутствуют подозрения на расслоение аневризмы аорты		
Отсутствуют признаки геморрагического диатеза, наружного (за исключением менструации) и внутреннего кровотечения		
Отсутствуют данные о перенесенных за последние 3 недели хирургических операциях и больших травмах		

Исключение относительных противопоказаний к ТЛТ	ДА	НЕТ
Отсутствуют данные о пункции некомпрессируемого сосуда или органа в течение <u>последних 3-х суток</u>		
Отсутствуют признаки обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки		
Отсутствуют тяжелые поражения печени и почек, сопровождающиеся их выраженной недостаточностью		
Отсутствуют сведения о длительных (более 10 минут) реанимационных мероприятиях, перенесенных в течение последних 3-х недель		
Исходно или в результате проведения гипотензивной терапии : систолическое давление крови не превышает 180 мм рт.ст.		
Отсутствуют данные о наличии беременности или раннего послеродового периода		
Отсутствуют данные о приеме антикоагулянтов непрямого действия		
Отсутствуют данные о наличии терминальной стадии какого-либо заболевания (злокачественные новообразования, болезни крови, хроническая сердечная недостаточность с кахексией и др.)		

Определение условий для проведения ТЛТ на догоспитальном этапе	ДА	НЕТ
Врач/фельдшер СМП имеет навыки оценки изменений сегмента ST, блокады ножек пучка Гиса на ЭКГ (или есть соответствующее заключение о наличии ЭКГ-критериев для ТЛТ дежурного дистанционного консультативного пункта) и проведения ТЛТ		
Выполнена качественная регистрация ЭКГ в 12 отведениях		
В период транспортировки больного имеется возможность постоянного мониторного контроля ЭКГ (хотя бы в одном отведении), внутривенных инфузий (постоянный доступ к вене) и проведения электрической дефибрилляции сердца		

ВЫВОД: Тромболитическая терапия пациенту

(ФИО)
ПОКАЗАНА / ПРОТИВОПОКАЗАНА
 (нужное обвести, ненужное зачеркнуть)

Лист заполнил:

Врач/фельдшер

(ФИО, разборчиво)

Утвержден
распоряжением министерства
здравоохранения
Кировской области
от 03.10.2025 № 789

Схема маршрутизации пациентов с нарушениями ритма сердца и проводимости

К основным состояниям и заболеваниям, требующим оказания медицинской помощи при нарушениях ритма сердца и проводимости (далее – НРСиП) относятся состояния, соответствующие кодам I44-I49 международной классификации болезней десятого пересмотра.

Оказание медицинской помощи пациентам в неотложной форме с НРСиП включает два основных этапа:

Догоспитальный этап, осуществляется в порядке первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи (далее - СМП).

Стационарный этап, осуществляется в специализированных отделениях кардиологии с блоками интенсивной терапии и реанимации

1. Догоспитальный этап.

1.1. Оказание первичной, в том числе первичной специализированной медицинской помощи пациентам с НРСиП, осуществляется медицинскими работниками со средним медицинским образованием, врачами-терапевтами-участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-кардиологами, врачами и фельдшерами выездных бригад СМП

1.2. Врач (фельдшер) бригады СМП оказывает помощь пациентам с НРСиП в объеме, установленном действующим стандартом медицинской помощи при соответствующих заболеваниях.

1.3 Алгоритм оказания помощи пациентам с НРСиП на догоспитальном этапе должен включает:

- оценку состояния пациента (определение сознания, оценка дыхания, оценка пульса, измерение артериального давления, оценка цвета кожных покровов),

- убедиться в проходимости дыхательных путей,

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

- подключение электрокардиографа для регистрации ритма сердца,

- обеспечение доступа к венозному руслу для введения антиаритмических препаратов, атропина сульфата, физиологического раствора хлорида натрия или поляризующего раствора;
- при наличии фибрилляции желудочков, желудочковой тахикардии с отсутствием пульса обеспечить проведение экстренной дефибрилляции;
- транспортировка пациента осуществляется на каталке в положении лежа с обеспечением безопасности во время транспортировки, контролем жизненно важных функций и продолжением лечения. Необходима передача информации о предполагаемой доставке пациента в принимающее медицинское учреждение с наличием нарушений ритма сердца.

1.4. Формирование укладки бригады СМП, выезжающей для оказания скорой медицинской помощи больным с ОКС и оснащение машины СМП (санитарного автотранспорта) осуществляется по принципу полного обеспечения выполнения всех неотложных лечебно-диагностических мероприятий, предусмотренных стандартом медицинской помощи (с запасом на двух пациентов) вне зависимости от состава бригады.

1.5. Врачи-специалисты кардиологических отделений при необходимости круглосуточно оказывают консультативную помощь бригадам СМП, врачам-специалистам иных областных государственных медицинских организаций по фиксированному телефону, в том числе с применением дистанционных телемедицинских технологий, проводят консультирование и интерпретацию электрокардиографических данных, переданных в системе теле-ЭКГ.

1.6. Бригада СМП доставляет пациента с НСРиП в кардиологическое отделение в соответствии со схемой маршрутизации взрослых пациентов с нарушениями ритма сердца, требующих госпитализации в кардиологическое отделение.

1.7. Пациенты с НСРиП при наличии жизнеугрожающих симптомов могут быть госпитализированы в ближайшую медицинскую организацию с отделением реанимации.

1.8. Пациенты с НСРиП и стабильным состоянием могут быть направлены в неспециализированные отделения (общая терапия) или на амбулаторное лечение.

2. Стационарный этап.

2.1. Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с НСРиП осуществляется в областных государственных медицинских организациях, в структуре которых организованы кардиологические, кардиохирургические, терапевтические отделения в условиях обеспечения круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.

2.2. При выявлении у пациента с НСРиП показаний для госпитализации в кардиологическое отделение пациент после стабилизации состояния маршрутизируется в соответствии со схемой маршрутизации взрослых

пациентов с нарушениями ритма сердца, требующих госпитализации в кардиологическое отделение. При необходимости осуществляется телемедицинское консультирование пациентов с НСРиП специалистами кардиологических отделений.

2.3. После стабилизации состояния пациента, при выявлении у пациента с НСРиП показаний для проведения высокотехнологичных видов медицинской помощи проводится консультирование пациента специалистами кардиохирургического отделения КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница», в том с применением дистанционных телемедицинских технологий.

2.4. При выявлении у пациента с НСРиП показаний для проведения высокотехнологичных видов медицинской помощи пациент после стабилизации состояния переводится в кардиохирургическое отделение КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница».

2.5. Организацию транспортировки пациента осуществляет направляющая медицинская организация, для чего могут применяться все виды санитарного транспорта, включая санитарную авиацию.

2.6. При наличии медицинских показаний для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях федерального уровня организуется телемедицинская консультация с профильной федеральной медицинской организацией.

2.7. После завершения стационарного лечения в РСЦ/ПСО пациенту определяется дальнейшая тактика лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения:

выписка под динамическое наблюдение врача-кардиолога, врача-терапевта участкового или врача общей практики (семейного врача) по месту жительства;

перевод (при наличии медицинских показаний) для продолжения лечения в кардиохирургическое отделение;

перевод для осуществления мероприятий по медицинской реабилитации в отделения реабилитации областных государственных медицинских организаций;

перевод (при наличии медицинских показаний) на долечивание в условиях круглосуточного стационара терапевтического профиля в иные областные государственные медицинские организации.

перевод (при наличии медицинских показаний) для продолжения лечения в медицинские организации федерального уровня для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Схема маршрутизации взрослых пациентов с нарушениями ритма сердца, требующих госпитализации в кардиологическое отделение в экстренной и плановой форме

КОГБУЗ «Малмыжская центральная районная больница»	КОГБУЗ «Вятскополянская центральная районная больница»
КОГБУЗ «Белохолуницкая центральная районная больница» КОГБУЗ «Нагорская центральная районная больница» КОГБУЗ «Омутнинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Верхнекамская центральная районная больница» КОГБУЗ «Афанасьевская центральная районная больница»	КОГБУЗ «Слободская центральная районная больница им. академика А.Н. Бакулева»
КОГБУЗ «Пижанская центральная районная больница» КОГБУЗ «Лебяжская центральная районная больница» КОГБУЗ «Яранская центральная районная больница» КОГБУЗ «Арбажская центральная районная больница» КОГБУЗ «Уржумская центральная районная больница» КОГБУЗ «Тужинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Кикнурская центральная районная больница» КОГБУЗ «Санчурская центральная районная больница им. А.И. Прохорова»	КОГБУЗ «Советская центральная районная больница»
ФБУЗ МСЧ №52 ФМБА России* КОГБУЗ «Зуевская центральная районная больница» КОГБУЗ «Фаленская центральная районная больница»	КОГБУЗ «Кирово-Чепецкая центральная районная больница»
КОГБУЗ «Свеченская центральная районная больница» КОГБУЗ «Даровская центральная районная больница» КОГБУЗ «Шабалинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Сунская центральная районная больница» КОГБУЗ «Куменская центральная районная больница» КОГБУЗ «Немская центральная районная больница» КОГБУЗ «Унинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Кильмезская центральная районная больница» КОГБУЗ «Верхояжемская центральная районная больница» КОГБУЗ «Опаринская центральная районная больница» КОГБУЗ «Подосиновская центральная районная больница им. Н. В. Отрокова» КОГБУЗ «Лузская центральная районная больница» КОГБУЗ «Котельничская центральная районная больница» КОГБУЗ «Оричевская центральная районная больница» КОГБУЗ «Орловская центральная районная больница»	КОГКБУЗ «Центр кардиологии и неврологии»
г. Киров - все учреждения, кроме КОГКБУЗ «Больница скорой медицинской помощи»	КОГКБУЗ «Центр кардиологии и неврологии»
КОГКБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» КОГБУЗ «Кировская городская больница № 5» КОГБУЗ «Мурашинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Юрьянская районная больница»	КОГКБУЗ «Больница скорой медицинской помощи»

Все районные медицинские организации*	КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница», кардиологическое отделение.
---------------------------------------	--

*При оказании медицинской помощи пациентам с НСРиП в плановой форме и невозможности оказания медицинской помощи в медицинских организациях вне города Кирова.

Перечень показаний для экстренной госпитализации взрослых пациентов с нарушениями ритма сердца в кардиологическое отделение

1. Острая фибрилляция /трепетание предсердий (до 48 часов от начала), некупированная на догоспитальном этапе
2. Устойчивая наджелудочковая тахикардия (с узкими комплексами QRS), некупированная на догоспитальном этапе
3. Устойчивая тахикардия с широкими комплексами QRS.
4. Брадикардия менее 45 уд/мин.
5. Частая либо гемодинамически значимая желудочковая экстрасистолия
6. Зарегистрированные паузы на ЭКГ более 3,0 секунд с синкопальными состояниями и/или бессимптомные паузы 6,0 секунд и более

Пациенты с хронической фибрилляцией предсердий (давность более 48ч.) с стабильной гемодинамикой госпитализируются в терапевтическое отделение согласно маршрутизации по месту жительства без осмотра кардиолога

Перечень показаний для плановой госпитализации в кардиологическое отделение взрослых пациентов с нарушениями ритма сердца

1. Хроническая фибрилляция/трепетание предсердий с сердечной недостаточностью I-II ФК по NYHA для проведения плановой электрической кардиоверсии
2. Фибрилляция предсердий с частыми пароксизмами и/или рецидивами, требующая подбора антиаритмической терапии.
3. Хроническая фибрилляция предсердий с нФВЛЖ или унФВЛЖ в течение первого года от выявления, с компенсированной сердечной недостаточностью (1-2 ФК по NYHA) для восстановления и удержания синусного ритма
4. Желудочковая тахикардия, требующая подбора антиаритмической терапии.
5. Неверифицированная тахикардия, не зафиксированная на ЭКГ и

требующая верификации с помощью чреспищеводного электрофизиологического исследования

6. Пациенты с зарегистрированным феноменом WPW на ЭКГ для индукции тахикардии

7. Синусная брадикардия 45-55/мин, немедикаментозная, требующая обследования

8. Атриовентрикулярная блокада II степени, требующая обследования.

9. Рецидивирующие синкопальные состояния неясного генеза после исключения неврологических причин.

10. Частая желудочковая экстрасистолия, требующая подбора антиаритмической терапии.

**Перечень показаний для госпитализации взрослых пациентов
с нарушениями ритма сердца в кардиохирургическое отделение
КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница» с целью
оперативного лечения**

1. Атриовентрикулярная блокада III степени

2. Атриовентрикулярная блокада 2 степени 2 тип, 2:1 или далекозашедшая

3. Синоатриальная блокада III степени

4. Симптомная синусная брадикардия менее 40 уд/мин, немедикаментозная.

5. Фибрилляция предсердий, перманентная форма, с симптомными паузами 3,0 секунды и более и/или бессимптомными паузами 6,0 с и более.

6. Атриовентрикулярная тахикардия, требующая радиочастотной аблации.

7. Желудочковая эктопия, требующая радиочастотной аблации.

8. Трепетание предсердий I типа, требующее радиочастотной аблации.

9. Фибрилляция предсердий, требующая радиочастотной аблации или криоаблации

10. Дисфункция постоянного электрокардиостимулятора (в т.ч разряд батареи), требующая замены электрокардиостимулятора.

11. Дисфункция предсердного и/или желудочкового электродов электрокардиостимулятора

Утверждена
распоряжением министерства
здравоохранения
Кировской области
от 03.10.2025 № 789

**Схема
маршрутизации пациентов с хронической
сердечной недостаточностью**

К основным состояниям и заболеваниям, требующим оказания медицинской помощи хронической сердечной недостаточности (далее – ХСН) относятся состояния, соответствующие кодам I50 международной классификации болезней десятого пересмотра.

1. Оказание первичной, в том числе первичной специализированной медицинской помощи пациентам с ХСН, осуществляется медицинскими работниками со средним медицинским образованием, врачами-терапевтами-участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-кардиологами, врачами и фельдшерами выездных бригад СМП.

2. Оказание специализированной медицинской помощи пациентам с ХСН в стационарных условиях оказывается на базе терапевтических, кардиологических отделений в соответствии со схемой маршрутизации пациентов с хронической застойной сердечной недостаточностью III-IV функционального класса по NYHA.

3. Оказание специализированной медицинской помощи пациентам с ХСН в случаях повторных госпитализаций, связанных с декомпенсацией ХСН в анамнезе, несмотря на попытки оптимизировать терапию или развитие непереносимости терапии, нестабильной гемодинамики и/или прогрессирования коронарной и/или церебральной сосудистой недостаточности и/или жизнеугрожающих и не дестабилизирующих гемодинамику нарушений ритма и проводимости сердца, признаков острых жизнеугрожающих состояний как причины декомпенсации ХСН, оказывается на базе кардиологических отделений в соответствии со схемой маршрутизации пациентов с хронической застойной сердечной недостаточностью III-IV функционального класса по NYHA.

4. При выявлении у пациента с ХСН показаний для оказания специализированной высокотехнологической медицинской помощи (коронарография, кардиохирургическое, сосудистое высокотехнологичное вмешательство и др.) организуется телемедицинская консультация с профильным врачом-кардиологом, сердечно-сосудистым хирургом КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница». После стабилизации

состояния пациент переводится в кардиологическое, кардиохирургическое отделение КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница».

5. При наличии показаний для оказания специализированной высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с ХСН (коморбидным пациентам с ХСН, пациентам с тяжелой ХСН (2 стадия по классификации Российского кардиологического общества, 2024), пациентам нуждающимся в трансплантации сердца и имплантации вспомогательных устройств кровообращения) организуется телемедицинская консультация с профильными федеральными медицинскими организациями.

6. После завершения стационарного лечения в кардиологическом отделении пациенту с ХСН определяется дальнейшая тактика лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения:

выписка под динамическое наблюдение врача-кардиолога, в том числе в кабинеты ХСН, врача-терапевта участкового или врача общей практики (семейного врача) по месту жительства;

перевод (при наличии медицинских показаний) для продолжения лечения в кардиохирургическое отделение;

перевод для осуществления мероприятий по медицинской реабилитации в специализированные отделения реабилитации областных государственных медицинских организаций;

перевод (при наличии медицинских показаний) на долечивание в условиях круглосуточного стационара терапевтического профиля в иные областные государственные медицинские организации;

перевод (при наличии медицинских показаний) для продолжения лечения в медицинские организации федерального уровня для оказания высокотехнологичной медицинской помощи;

перевод (при наличии медицинских показаний) для продолжения лечения в медицинские организации федерального уровня для оказания паллиативной медицинской помощи.

7. Диспансерное наблюдение пациентов с ХСН осуществляется врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом), врачом-кардиологом, консультация врача-кардиолога – по показаниям. Диспансерное наблюдение маломобильных пациентов на дому по месту прикрепления осуществляет врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), по показаниям – врач-кардиолог. При необходимости могут быть использованы телемедицинские консультации «врач-врач».

8. Диспансерное наблюдение осуществляет также фельдшер (акушер) фельдшерско-акушерского пункта, фельдшер фельдшерского здравпункта в случае возложения на них руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения.

9. Диспансерное наблюдение пациента с ХСН включает обязательное обучение в кабинете «Школа для пациентов с ХСН».

10. Маршрутизация пациентов в амбулаторные кабинеты лечения хронической сердечной недостаточности осуществляется врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом), врачом-кардиологом поликлиники по месту жительства пациента в соответствии с положением о кабинете лечения хронической сердечной недостаточности.

Маршрутизация пациентов с хронической застойной сердечной недостаточностью III-IV функционального класса по NYHA, инфекционным эндокардитом для стационарного лечения

Зона обслуживания	Наименование медицинской организации
КОГБУЗ «Малмыжская центральная районная больница»	КОГБУЗ «Вятскополянская центральная районная больница»
КОГБУЗ «Белохолуницкая центральная районная больница» КОГБУЗ «Нагорская центральная районная больница» КОГБУЗ «Омутнинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Верхнекамская центральная районная больница» КОГБУЗ «Афанасьевская центральная районная больница»	КОГБУЗ «Слободская центральная районная больница им. академика А.Н. Бакулева»
КОГБУЗ «Пижанская центральная районная больница» КОГБУЗ «Лебяжская центральная районная больница» КОГБУЗ «Яранская центральная районная больница» КОГБУЗ «Арбажская центральная районная больница» КОГБУЗ «Уржумская центральная районная больница» КОГБУЗ «Тужинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Нолинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Кикнурская центральная районная больница» КОГБУЗ «Санчурская центральная районная больница им. А.И. Прохорова»	КОГБУЗ «Советская центральная районная больница»
ФБУЗ МСЧ №52 ФМБА России* КОГБУЗ «Зуевская центральная районная больница»	КОГБУЗ «Кирово-Чепецкая центральная районная больница»
КОГБУЗ «Фаленская центральная районная больница»	
КОГБУЗ «Оричевская центральная районная больница» КОГБУЗ «Орловская центральная районная больница»	КОГБУЗ «Центр кардиологии и неврологии»
КОГБУЗ «Свечинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Даровская центральная районная больница» КОГБУЗ «Шабалинская центральная районная больница»	КОГБУЗ «Котельничская центральная районная больница»
КОГБУЗ «Мурашинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Юрьянская районная больница»	КОГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи»

КОГБУЗ «Опаринская центральная районная больница» КОГБУЗ «Подосиновская центральная районная больница» им. Н. В. Отрокова» КОГБУЗ «Лузская центральная районная больница» КОГБУЗ «Сунская центральная районная больница» КОГБУЗ «Куменская центральная районная больница» КОГБУЗ «Немская центральная районная больница» КОГБУЗ «Унинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Кильмезская центральная районная больница» КОГБУЗ «Верхошижемская центральная районная больни-	КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница»
Медицинские организации муниципального образования «Город Киров»	КОГКБУЗ «Больница скорой медицинской помощи»
Все районные медицинские организации**	КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница», кардиологическое отделение.

**При оказании медицинской помощи пациентам с ХСН в плановой форме и невозможности оказания медицинской помощи в медицинских организациях, расположенных вне города Кирова.

Положение о кабинете лечения хронической сердечной недостаточности

1. Кабинет лечения ХСН (далее - Кабинет) организуется в целях своевременной диагностики, лечения хронической сердечной недостаточности, обеспечения преемственности оказания медицинской помощи.
2. Задачами Кабинета являются выявление и осуществление диспансерного наблюдения за пациентами с ХСН согласно показаниям, утвержденным приложением 2 настоящего распоряжения.
3. Функции Кабинета:
 - 3.1. Оказание консультативной и лечебно-профилактической помощи амбулаторным пациентам с ХСН в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями.
 - 3.2. Разработка плана лечения (инициация терапии, титрование до максимально переносимых доз, вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции, санация очагов инфекции) и проведение диспансерного наблюдения за пациентами с ХСН мульти дисциплинарной командой специалистов.

- 3.3. Осуществление дистанционного наблюдения за пациентами посредством телефонной связи.
- 3.4. Ведение регистра пациентов с ХСН.
- 3.5. Консультативная помощь врачам, осуществляющим первичную врачебную помощь пациентам с ХСН.

3.6. Отбор и подготовка пациентов с ХСН для оказания специализированной, в т.ч. высокотехнологичной, медицинской помощи.

3.7. Внедрение новых лекарственных и немедикаментозных подходов к лечению пациентов с ХСН.

3.8. Разработка и внедрение обучающих пособий, школ для пациентов, направленных на формирование здорового образа жизни.

4. Направление пациентов в Кабинет осуществляется при наличии показаний в соответствии с приложением 2.

5. При направлении пациента в Кабинет необходимо наличие направления с указанием:

5.1. Цели консультации.

5.2. Диагнозов основного и сопутствующих заболеваний.

5.3. Консультации специалистов (при наличии сопутствующих заболеваний).

5.4. Результатов лабораторных исследований, срок не более 14 дней (общий анализ крови (при наличии анемии - дополнительно насыщение трансферрина железом, ферритин), общий анализ мочи, отношение альбумин/креатинин (в разовой порции мочи), холестерин, липопротеиды низкой и высокой плотности, триглицериды, глюкоза (при наличии сахарного диабета-НвА1 С), креатинин, скорость клубочковой фильтрации, АСТ, АЛТ, ГГТП, билирубин, тиреотропный гормон, свободный Т4, калий и натрий плазмы крови, NT-про-BNP или BNP).

5.5. Результатов инструментальных исследований (ЭКГ в 12 отведениях (срок не более 1 месяца), Эхо-КГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, УЗИ брюшной полости, функция внешнего дыхания - срок не более 3 месяцев, рентгенография (КТ) грудной клетки с описанием - срок не более 1 года).

5.6. Результатов проводимого лечения (ежедневно принимаемые препараты с указанием доз).

5.7. При наличии сопутствующего онкологического заболевания - выписка с указанием проводимой полихимиотерапии.

6. Прием пациентов осуществляется по предварительной записи в электронной регистратуре из областных государственных медицинских организаций в соответствии с распоряжением министерства здравоохранения Кировской области от 30.01.2024 № 47 «О правилах предоставления услуги «Запись на прием к врачу в электронном виде» в областных государственных медицинских организациях» при наличии направления врача. Запись осуществляется медицинским работником.

Показания для направления граждан в Кабинет лечения хронической сердечной недостаточности

1. Пациенты с ХСН II - III стадии и/или с фракцией выброса левого желудочка <50% II - IV ФК NYHA на фоне проводимой терапии.
2. Состояние после трансплантации сердца или имплантации устройств для длительной поддержки кровообращения.
3. Пациенты, выписанные из стационара, где находились по поводу декомпенсации ХСН (направлять в течение 3-х дней после выписки).
4. Пациенты с ХСН, имеющие сопутствующую патологию (анемия, хроническая болезнь почек 3-5 степени, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких, нарушения ритма сердца и т.д.).
5. Пациенты, получающие химиотерапию по поводу злокачественных онкологических или гематологических заболеваний (для уточнения риска развития ХСН на фоне применения кардиотоксичных препаратов).

Утверждена
распоряжением министерства
здравоохранения
Кировской области
от 03.10.2025 № 789

Схема маршрутизации пациентов с тромбоэмболией легочной артерии

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

Оказание неотложной медицинской помощи пациентам с ТЭЛА включает два основных этапа:

а) Догоспитальный этап, осуществляемый в порядке первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи (далее - СМП).

б) Стационарный этап, осуществляемый в специализированных отделениях кардиологии с блоками интенсивной терапии и реанимации

1. Догоспитальный этап.

1.1. Оказание первичной, в том числе первичной специализированной медицинской помощи пациентам с ТЭЛА, осуществляется медицинскими работниками со средним медицинским образованием, врачами-терапевтами-участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-кардиологами, врачами и фельдшерами выездных бригад СМП.

1.2. Специалист со средним медицинским образованием, врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-кардиолог, врач и фельдшер выездных бригад СМП оказывает помощь пациентам с ТЭЛА в объеме, установленном действующим стандартом медицинской помощи при соответствующих заболеваниях, в том числе антикоагулянтную терапию, коррекцию болевого синдрома и нарушений витальных функций.

При подозрении на ТЭЛА проводит оценку клинической вероятности ТЭЛА, группы риска, организует диагностические исследования в доступном объеме (определение D-димера, ЭКГ в 12 отведений, УЗИ сердца, МСКТ органов грудной клетки, ангиопульмонография) в кратчайшие сроки.

1.3. Формирование укладки бригады СМП, выезжающей для оказания скорой медицинской помощи больным с ОКС, и оснащение машины СМП (санитарного автотранспорта) осуществляется по принципу полного обеспечения выполнения всех неотложных лечебно-диагностических

мероприятий, предусмотренных стандартом медицинской помощи (с запасом на двух пациентов) вне зависимости от состава бригады.

1.4. Врачи-специалисты РСЦ/ПСО при необходимости круглосуточно оказывают консультативную помощь бригадам СМП, врачам-специалистам иных областных государственных медицинских организаций по фиксированному телефону, в том числе с применением дистанционных технологий проводят консультирование и интерпретацию электрокардиографических данных, переданных в системе теле-ЭКГ.

1.5. Госпитализация пациентов с ТЭЛА осуществляется в соответствии маршрутацией пациентов с подозрением на тромбоэмболию легочной артерии.

1.6. Пациенты с подозрением на тромбоэмболию легочной артерии или верифицированной тромбоэмболией легочной артерии, получающие медицинскую помощь в областных государственных медицинских организациях без прикрепленного населения, расположенных на территории муниципального образования «Город Киров», при необходимости госпитализации в кардиологическое отделение маршрутизируется в КОГБУЗ «Центр кардиологии и неврологии» (по четным дням), в КОГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» (по нечетным дням).

1.7. При выявлении тромбоэмболии легочной артерии у пациента, получающего стационарное лечение по поводу другой (хирургической, гинекологической, онкологической и пр.) патологии, определяющей тяжесть состояния пациента и требующей соответствующей специализированной медицинской помощи, решение о необходимости перевода в кардиологическое отделение принимается индивидуально, решением консилиума врачей с участием врача-кардиолога.

1.8. Все беременные женщины и женщины в течение 42 дней после завершения беременности, имеющие объективные признаки тромбоэмболии легочной артерии, госпитализируются в РСЦ КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница». После госпитализации пациентки с вышеуказанной патологией РСЦ организует консилиум с участием главного внештатного специалиста акушера-гинеколога министерства здравоохранения Кировской области.

2. Стационарный этап.

2.1. Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с ТЭЛА осуществляется в областных государственных медицинских организациях, в структуре которых организованы РСЦ/ПСО, в условиях обеспечения круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.

2.2. При выявлении у пациента с ТЭЛА показаний для проведения высокотехнологичных видов медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» (селективный тромболизис или тромбэкстракция) пациент консультируется врачом кардиологом РСЦ КОГБУЗ «Кировская

областная клиническая больница», в том числе посредством телемедицинской консультации и переводится в РСЦ/кардиохирургическое отделение КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница» по согласованию с заведующим профильным отделением.

2.3. Организацию транспортировки пациента осуществляет направляющая медицинская организация, для чего могут применяться все виды санитарного транспорта, включая санитарную авиацию.

3. После завершения стационарного лечения пациенту с ТЭЛА определяется дальнейшая тактика лечения и диспансерного наблюдения:

выписка под динамическое наблюдение врача-кардиолога, врача-терапевта участкового или врача общей практики (семейного врача) по месту жительства;

перевод (при наличии медицинских показаний) для продолжения лечения в кардиохирургическое отделение;

перевод (при наличии медицинских показаний) на долечивание в условиях круглосуточного стационара терапевтического профиля в иные областные государственные медицинские организации.

перевод (при наличии медицинских показаний) для продолжения лечения в медицинские организации федерального уровня для оказания высокотехнологичной медицинской.

4. Пациенты, перенесшие ТЭЛА, на амбулаторном этапе консультируются и наблюдаются врачом-кардиологом для решения вопроса о продолжении/прекращении антикоагулантной терапии, необходимости дальнейшего наблюдения и исключения хронической тромбоэмболической легочной гипертензии (далее – ХТЭЛГ), при подозрении на ХТЭЛГ в срок, не превышающий 3 месяцев, пациенты направляются к кардиологический диспансер КОГКБУЗ «Центр кардиологии и неврологии» на консультацию врача-кардиолога кабинета легочной артериальной гипертензии.

№ п/п	Наименование принимающей медицинской организации	Наименование прикрепленной медицинской организации
1.	ПСО № 1 КОГКБУЗ «Центр кардиологии и неврологии	КОГБУЗ «Кировская городская больница № 2» КОГБУЗ «Кировская городская больница № 9» КОГБУЗ «Кировский клинико-диагностический центр» КОГБУЗ «Кировская городская больница № 7» КОГБУЗ «Свечинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Даровская центральная районная больница» КОГБУЗ «Шабалинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Сунская центральная районная больница» КОГБУЗ «Куменская центральная районная больни-

№ п/п	Наименование принимающей медицинской организации	Наименование прикрепленной медицинской организации
		ца» КОГБУЗ «Немская центральная районная больница» КОГБУЗ «Унинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Кильмезская центральная районная больница» КОГБУЗ «Верхошижемская центральная районная больница» КОГБУЗ «Опаринская центральная районная больница» КОГБУЗ «Подосиновская центральная районная больница им. Н.В. Отрокова» КОГБУЗ «Лузская центральная районная больница» КОГБУЗ «Котельническая центральная районная больница» КОГБУЗ «Оричевская центральная районная больница» КОГБУЗ «Орловская центральная районная больница»
2	ПСО № 2 КОГБУЗ «Слободская центральная районная больница им. академика А.Н. Бакулева»	КОГБУЗ «Слободская центральная районная больница им. академика А.Н. Бакулева» КОГБУЗ «Белохолуницкая центральная районная больница» КОГБУЗ «Нагорская центральная районная больница» КОГБУЗ «Омутнинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Верхнекамская центральная районная больница» КОГБУЗ «Афанасьевская центральная районная больница»
3	ПСО № 3 КОГБУЗ «Советская центральная районная больница»	КОГБУЗ «Советская центральная районная больница» КОГБУЗ «Советская центральная районная больница» КОГБУЗ «Пижанская центральная районная больница» КОГБУЗ «Лебяжская центральная районная больница» КОГБУЗ «Яранская центральная районная больница» КОГБУЗ «Арбажская центральная районная больница» КОГБУЗ «Уржумская центральная районная больница» КОГБУЗ «Тужинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Нолинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Кикнурская центральная районная больница»

№ п/п	Наименование принимающей медицинской организации	Наименование прикрепленной медицинской организации
		КОГБУЗ «Санчурская центральная районная больница им. А.И. Прохорова»
4	ПСО № 4 КОГБУЗ «Вятскополянская центральная районная больница	КОГБУЗ «Вятскополянская центральная районная больница» КОГБУЗ «Малмыжская центральная районная больница»
5	ПСО № 5 КОГБУЗ «Кирово-Чепецкая центральная районная больница»	КОГБУЗ «Кирово-Чепецкая центральная районная больница» ФБУЗ МСЧ № 52 ФМБА России КОГБУЗ «Зуевская центральная районная больница» КОГБУЗ «Фаленская центральная районная больница»
6	ПСО № 6 КОГКБУЗ «Больница скорой медицинской помощи»	КОГКБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» КОГБУЗ «Кировская городская больница № 5» КОГБУЗ «Мурашинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Юрьянская районная больница»

**Маршрутизация
пациентов с подозрением на тромбоэмболию легочной артерии
в случае поломки компьютерного томографа в ПСО**

№ п/п	Наименование медицинской организации, где КТ не исправен	Зона обслуживания	Наименование медицинской организации, где проводится КТ	Госпитализация
1	ПСО № 1 КОГКБУЗ «Центр кардиологии и неврологии»	г. Киров - все учреждения, кроме КОГКБУЗ «Больница скорой медицинской помощи», КОГБУЗ «Кировская городская больница № 5» КОГБУЗ «Свечинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Даровская центральная районная больница» КОГБУЗ «Шабалинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Сунекая центральная районная больница» КОГБУЗ	ПСО № 6	ПСО № 6

		«Куменская центральная районная больница» КОГБУЗ «Немская центральная районная больница» КОГБУЗ «Унинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Кильмезская центральная районная больница» КОГБУЗ «Верхошижемская центральная районная больница» КОГБУЗ «Опаринская центральная районная больница» КОГБУЗ «Подосиновская центральная районная больница им. Н.В. Отрокова» КОГБУЗ «Лузская центральная районная больница» КОГБУЗ «Котельническая центральная районная больница» КОГБУЗ «Оричевская центральная районная больница» КОГБУЗ «Орловская центральная районная больница»		
2	ПСО № 2 КОГБУЗ «Слободская центральная районная больница им. академика А.Н. Бакулева	КОГБУЗ «Слободская центральная районная больница им. академика А.Н. Бакулева» КОГБУЗ «Белохолуницкая центральная районная больница» КОГБУЗ «Нагорская центральная районная больница» КОГБУЗ «Омутнинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Верхнекамская центральная районная больница» КОГБУЗ «Афанасьевская центральная районная	ПСО № 6	ПСО № 6

		больница»		
3	ПСО № 3 КОГБУЗ «Советская центральная районная больница»	КОГБУЗ «Лебяжская центральная районная больница» КОГБУЗ «Яранская центральная районная больница» КОГБУЗ «Арбажская центральная районная больница» КОГБУЗ «Нолинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Тужинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Кикнурская центральная районная больница» КОГБУЗ «Санчурская центральная районная больница им. А.И. Прохорова» КОГБУЗ «Советская центральная районная больница» КОГБУЗ «Пижанская центральная районная больница»	ПСО № 6	ПСО № 6
		КОГБУЗ «Уржумская центральная районная больница»	ПСО № 4	ПСО № 4
4	ПСО № 4 КОГБУЗ «Вятскопо-лянская центральная районная больница»	КОГБУЗ «Вятскополянская центральная районная больница» КОГБУЗ «Малмыжская центральная районная больница»	ПСО № 3	ПСО № 3
5	ПСО № 5 КОГБУЗ «Кирово- Чепецкая центральная районная больница»	КОГБУЗ «Кирово-Чепецкая центральная районная больница» ФБУЗ МСЧ № 52 ФМБА России КОГБУЗ «Зуевская центральная районная больница» КОГБУЗ «Фаленская центральная районная	ПСО № 1	ПСО № 1

		больница		
6	ПСО № 6 КОГК-БУЗ «Больница скорой медицинской помощи»	КОГБУЗ «Кировская городская больница № 5» КОГБУЗ «Мурашинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Юрьянская районная больница»	ПСО № 1	ПСО № 1

Утверждена
распоряжением министерства
здравоохранения
Кировской области
от 03.10.2025 № 789

Схема маршрутизации пациентов с острым аортальным синдромом

1. Настоящий алгоритм об организации оказания неотложной помощи пациентам с острым аортальным синдромом на территории Кировской области устанавливает правила оказания медицинской помощи пациентам с острым аортальным синдромом (далее – ОАС)

2. К основным состояниям и заболеваниям, требующим оказания неотложной медицинской помощи при ОАС в первичных сосудистых отделениях и (или) региональном сосудистом центре, относятся состояния, соответствующие кодам I71-I72 Международной классификации болезней десятого пересмотра.

3. Оказание неотложной медицинской помощи пациентам с ОАС включает два основных этапа:

3.1. Догоспитальный этап, осуществляемый в порядке первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи (далее - СМП).

3.2. Стационарный этап, осуществляемый в специализированных отделениях неотложной кардиологии с блоками интенсивной терапии и реанимации (далее - БИТР) РСЦ и ПСО.

4. Догоспитальный этап.

4.1. Оказание первичной, в том числе первичной специализированной медицинской помощи пациентам с ОАС, осуществляется медицинскими работниками со средним медицинским образованием, врачами-терапевтами-участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-кардиологами, врачами и фельдшерами выездных бригад СМП

4.2. Врач (фельдшер) бригады СМП оказывает помощь пациентам с ОАС в объеме, установленном действующим стандартом медицинской помощи при соответствующих заболеваниях.

4.3. Медицинская помощь пациентам с ОАС на догоспитальном этапе должна включать:

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

сатурации;

- - Адекватное обезболивание с использованием опиоидных анальгетиков и бензодиазепинов внутривенно;
- - Постоянный мониторинг АД поддержанием уровня систолического артериального давления в пределах нормотензии до 100-120 мм рт. ст.;
- - Исключение при подозрении на ОАС назначения пациентам антиагрегантных препаратов группы тиенопиридинов;
- - Транспортировку пациента на каталке в положении лежа с обеспечением максимального покоя и с предварительным извещением ответственного лица о предполагаемой доставке пациента с подозрением на наличие ОАС по телефону.

4.4. Врачи-специалисты РСЦ/ПСО при необходимости круглосуточно оказывают консультативную помощь бригадам СМП, врачам-специалистам иных областных государственных медицинских организаций по фиксированному телефону, в том числе с применением дистанционных технологий.

4.5. Бригада СМП доставляет пациента с подозрением на ОАС в РСЦ/ПСО в соответствии с перечнем зон обслуживания сосудистых отделений.

4.6 Пациенты с верифицированным диагнозом ОАС госпитализируются в РСЦ/кардиохирургическое отделение КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница»

4.7. При исключении показаний для госпитализации в РСЦ/ПСО, пациент может быть направлен в иную медицинскую организацию соответствующего профиля.

5. После завершения стационарного лечения в РСЦ/ПСО пациенту определяется дальнейшая тактика лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения:

выписка под динамическое наблюдение врача-кардиолога, врача-терапевта участкового или врача общей практики (семейного врача) по месту жительства;

перевод (при наличии медицинских показаний) для продолжения лечения в кардиохирургическое отделение;

перевод для осуществления мероприятий по медицинской реабилитации в специализированные отделения реабилитации областных государственных медицинских организаций;

перевод (при наличии медицинских показаний) на долечивание в условиях круглосуточного стационара терапевтического профиля в иные областные государственные медицинские организации.

перевод (при наличии медицинских показаний) для продолжения лечения в медицинские организации федерального уровня для оказания высокотехнологичной медицинской.

Утверждена
распоряжением министерства
здравоохранения
Кировской области
от 03.10.2025 № 789

Схема маршрутизации пациентов с острой ишемией конечностей

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

2. Оказание первичной, в том числе первичной специализированной медицинской помощи пациентам с ОИК, осуществляется медицинскими работниками со средним медицинским образованием, врачами-терапевтами-участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-хирургами, врачами и фельдшерами выездных бригад СМП.

3. Врачи, работники со средним медицинским образованием, оказывают медицинскую помощь пациентам с ОИК в объеме, установленном действующим стандартом медицинской помощи при соответствующих заболеваниях.

4. Для подтверждения диагноза и оценки степени ишемии проводится комплекс лабораторных исследований, включая общий и биохимический анализ крови (с оценкой уровня лактата, креатинина, глюкозы), коагулограмму (активированное частичное тромбопластиновое время, протромбиновый индекс, фибриноген, D-димер) и газовый состав крови (при наличии показаний). Проводится инструментальная диагностика включая ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) дуплексное сканирование артерий нижних конечностей, при необходимости - мультиспиральную компьютерную томографию (далее - МСКТ) сосудов или МРТ ангиографию для уточнения уровня и характера окклюзии.

5. При необходимости оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности перевода в специализированное отделение либо медицинской эвакуации, лечащий врач- хирург организует консультацию врача-сердечно-сосудистого хирурга КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница», в том числе с применением телемедицинских технологий.

6. При отсутствии на ближайшем расстоянии медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь при

ОИК, пациент транспортируется в ближайшую медицинскую организацию, оказывающую круглосуточную стационарную помощь по профилю «хирургия». Медицинская помощь в экстренной форме оказывается врачом-специалистом хирургического профиля безотлагательно.

7. Врач-специалист медицинской организации по месту нахождения пациента осуществляет выбор оптимального способа транспортировки (специализированная СМП, санитарная авиация и др.), условий транспортировки (в положении лежа), надлежащего обезболивания и инфузионной терапии, в обязательном порядке осуществляется мониторинг ЭКГ, частоты сердечных сокращений, сатурации, антикоагуляция, в том числе в/в инфузия раствора гепарина.

8. Маршрутизация пациентов с ОИК осуществляется в соответствии с распоряжением министерства здравоохранения Кировской области от 30.12.2022 № 1081 «Об организации оказания медицинской помощи по профилю «Хирургия».

9. При критической ишемии нижних конечностей госпитализация пациентов в экстренной и неотложной форме осуществляется в отделение сосудистой хирургии КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница»

10. После завершения стационарного лечения пациенту определяется дальнейшая тактика лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения:

выписка под динамическое наблюдение врача-хирурга, врача-терапевта участкового или врача общей практики (семейного врача) по месту жительства;

перевод (при наличии медицинских показаний) для продолжения лечения в отделение сосудистой хирургии КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница» отделение;

перевод для осуществления мероприятий по медицинской реабилитации в специализированные отделения реабилитации областных государственных медицинских организаций;

перевод (при наличии медицинских показаний) на долечивание в условиях круглосуточного стационара терапевтического/хирургического профиля в иные областные государственные медицинские организации.

перевод (при наличии медицинских показаний) для продолжения лечения в медицинские организации федерального уровня для оказания высокотехнологичной медицинской.

Приложение 12

Утверждена
распоряжением министерства
здравоохранения
Кировской области
от 03.10.2025 № 789

Схема маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения

Перечень медицинских организаций, в структуре которых организован региональный сосудистый центр и первичное сосудистое отделение и в его структуре отделение ОНМК

Наименование медицинской организации, в составе которой имеется РСЦ/ПСО	Зоны ответственности	Численность взрослого населения	Количество коек в РСЦ/ПСО	Число коек в БИТР	Способ госпитализации	Количество компьютерных томографов (с указанием количества срезов) и магнитно-резонансных томографов, их расположение	Количество рентгено-ангиографических установок, их расположение
РСЦ КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница» (г. Киров, ул. Воровского, 42)	г. Киров КОГБУЗ «Кировская городская больница №9» КОГБУЗ «Кировский клинико-диагностический центр», кроме поликлиники №7 и поликлиники №8 КОГБУЗ «Свеченская центральная районная больница» КОГБУЗ «Даровская центральная районная больница» КОГБУЗ «Шабалинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Сунская центральная районная больница» КОГБУЗ «Куменская центральная районная больница» КОГБУЗ «Немская центральная районная больница» КОГБУЗ «Унинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Кильмезская центральная районная больница» КОГБУЗ «Верхошижемская центральная районная больница» КОГБУЗ «Опаринская центральная районная больница» КОГБУЗ «Подосиновская центральная районная больница им. Н.В. Отрокова» КОГБУЗ «Лузская центральная районная больница» КОГБУЗ «Мурашинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Юрьянская центральная районная больница»	334838	60	12	минута общее приемное отделение	4 (в РСЦ – 2 й этаж) по адресу: г. Киров, ул. Воровского, 42	Корпус с отдельным приемным отделением РСЦ- 1 КТ (128) 1 КТ (64) 1 МРТ (1,5Т) адрес г. Киров, ул. Воровского, 42

ПСО №1, КОГБУЗ «Центр кардиологии и неврологии» (г. Киров, ул. Попова 41)	КОГБУЗ «Кировский клинико-диагностический центр», поликлиника №7 КОГБУЗ «Кировский клинико-диагностический центр», поликлиника №8 КОГБУЗ «Кировская клиническая больница №7 им. В.И. Юрловой» КОГБУЗ «Кировская городская больница №2» КОГБУЗ «Кировская городская больница №5» КОГБУЗ «Котельничская центральная районная больница» КОГБУЗ «Орическая центральная районная больница» КОГБУЗ «Орловская центральная районная больница»	201218	30	6	минуя общее приемное отделение	Корпус с приемным отделением 1 КТ (32) по адресу: г. Киров, ул. Попова 41	-
ПСО №2, КОГБУЗ «Слободская центральная районная больница им. академика А.Н. Бакулева» (Кировская обл, г. Слободской, ул. Гоголя, 96)	КОГБУЗ «Слободская центральная районная больница им. академика А.Н. Бакулева» КОГБУЗ «Белохолуницкая центральная районная больница» КОГБУЗ «Нагорская центральная районная больница» КОГБУЗ «Омутнинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Верхнекамская центральная районная больница» КОГБУЗ «Афанасьевская центральная районная больница»	125113	30	6	минуя общее приемное отделение	Корпус с приемным отделением 1 КТ (32) Терапевтический корпус (отделение анестезиологии-реанимации, отделение неотложной неврологии) г. Слободской, ул. Советская, 90	-
ПСО №3, КОГБУЗ «Советская центральная районная больница» (Кировская область, г. Советск, ул. Октябрьская 70)	КОГБУЗ «Советская центральная районная больница» КОГБУЗ «Пижанская центральная районная больница» КОГБУЗ «Лебяжская центральная районная больница» КОГБУЗ «Яранская центральная районная больница» КОГБУЗ «Арбажская центральная районная больница» КОГБУЗ «Уржумская центральная районная больница» КОГБУЗ «Тужинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Нолинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Кикнурская центральная районная больница» КОГБУЗ «Санчурская центральная районная больница им. А.И. Прокторова»	105047	30	6	минуя общее приемное отделение	Корпус с приемным отделением 1КТ (32) г. Советск, ул. Октябрьская 70	-
ПСО №4, КОГБУЗ «Вятскополянская центральная районная больница» (Кировская область, г. Вятские Поляны, ул. Лермонтова, д. 2)	КОГБУЗ «Вятскополянская центральная районная больница» КОГБУЗ «Малмыжская центральная районная больница»	68115	15	3	минуя общее приемное отделение	Корпус с приемным отделением и ПСО 1КТ (16) Кировская об-ласть, г. Вят-ские Поляны, ул. Лермонтова, д. 2	-
ПСО №5, КОГБУЗ «Кирово-Чепецкая центральная районная больница» (Кировская область Кирово-Чепецк, ул. Созонтова, д. 3	КОГБУЗ «Кирово-Чепецкая центральная районная больница» ФБУЗ МСЧ №52 ФМБА России КОГБУЗ «Зуевская центральная районная больница» КОГБУЗ «Фаленская центральная районная больница»	77713	15	3	минуя общее приемное отделение	Корпус с приемным отделением и ПСО 1КТ (16) Кировская об-ласть Кирово-Чепецк, ул.	-

)						Созонтова, д. 3
ПСО №6, КОГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» (г. Киров, ул. Свердлова, д. 4)	КОГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи»	42501	15	3	минуя общее приемное отделение	Корпус с приемным отделением и ПСО 1КТ (32) г Киров. Октябрьский пр-т, д. 47

ПЕРЕЧЕНЬ
медицинских организаций в зависимости от удаленности от сосудистого
отделения

№ группы	Наименование медицинской организации	Прикрепление к сосудистому центру
1 (0-25 км)	Медицинские организации г. Кирова г. Киров КОГБУЗ «Кировская городская больница №9» КОГБУЗ «Кировский клинико-диагностический центр», кроме поликлиники №7 и поликлиники №8	РСЦ
	КОГБУЗ «Кировский клинико-диагностический центр», поликлиника №7	ПСО №1
	КОГБУЗ «Кировский клинико-диагностический центр», поликлиника №8	
	КОГБУЗ «Кировская клиническая больница №7 им. В.И. Юрловой»	
	КОГБУЗ «Кировская городская больница №2»	
	КОГБУЗ «Кировская городская больница №5»	
	КОГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи»	ПСО №6
	КОГБУЗ «Слободская центральная районная больница им. академика А.Н. Бакулева»	ПСО №2
	КОГБУЗ «Советская центральная районная больница»	ПСО №3
	КОГБУЗ «Вятскополянская центральная районная больница»	ПСО №4
2 (25-50 км)	КОГБУЗ «Пижанская центральная районная больница» КОГБУЗ «Лебяжская центральная районная больница»	ПСО №5
	КОГБУЗ «Орическая центральная районная больница»	ПСО №1
	КОГБУЗ «Белохолуницкая центральная районная больница»	ПСО №2
3 (50-100 км)	КОГБУЗ «Куменская центральная районная больница» КОГБУЗ «Сунская центральная районная больница» КОГБУЗ «Верхошижемская центральная районная больница» КОГБУЗ «Юрьянская центральная районная больница»	РСЦ
	КОГБУЗ «Орловская центральная районная больница»	ПСО №1
	КОГБУЗ «Нагорская центральная районная больница»	ПСО №2
	КОГБУЗ «Яранская центральная районная больница»	ПСО №3
	КОГБУЗ «Арбажская центральная районная больница»	
	КОГБУЗ «Уржумская центральная районная больница»	
	КОГБУЗ «Тужинская центральная районная больница»	
	КОГБУЗ «Малмыжская центральная районная больница»	ПСО №4
	КОГБУЗ «Зуевская центральная районная больница»	ПСО №5
	КОГБУЗ «Фаленская центральная районная больница»	

№ группы	Наименование медицинской организации	Прикрепление к сосудистому центру
4 (>100 км)	КОГБУЗ «Немская центральная районная больница» КОГБУЗ «Свечинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Даровская центральная районная больница» КОГБУЗ «Унинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Шабалинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Кильмезская центральная районная больница» КОГБУЗ «Опаринская центральная районная больница» КОГБУЗ «Подосиновская центральная районная больница им. Н.В. Отрокова» КОГБУЗ «Мурашинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Лузская центральная районная больница»	РСЦ
	КОГБУЗ «Котельчская центральная районная больница»	ПСО №1
	КОГБУЗ «Омутнинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Верхнекамская центральная районная больница» КОГБУЗ «Афанасьевская центральная районная больница»	ПСО №2
	КОГБУЗ «Нолинская центральная районная больница» КОГБУЗ «Кикнурская центральная районная больница» КОГБУЗ «Санчурская центральная районная больница им. А.И. Прохорова»	ПСО №3

Схема маршрутизации и медицинской эвакуации пациентов с ОНМК (состояния, соответствующие кодам I60-I64, G45-G46 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр)), в том числе алгоритм догоспитальной диагностики и приоритетной медицинской эвакуации пациентов для выполнения операций тромбоэкстракции/тромбоаспирации в государственные медицинские организации Кировской области, в которых организовано отделение

1. К основным состояниям и заболеваниям, требующим оказания неотложной медицинской помощи в первичных сосудистых отделениях (далее – ПСО) и (или) региональном сосудистом центре (далее – РСЦ), относятся: ОНМК (коды I60, I61, I62, I63, I64, G45, G46 по МКБ-10): ишемический инсульт, транзиторная ишемическая атака, геморрагический инсульт.

2. Оказание неотложной медицинской помощи пациентам с ОНМК включает два основных этапа:

2.1. Догоспитальный этап, осуществляемый в порядке первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи (далее – СМП).

2.2. Стационарный этап, осуществляемый в специализированных отделениях неотложной неврологии с блоками интенсивной терапии и реанимации (далее - БИТР) РСЦ и ПСО.

3. Догоспитальный этап.

Оказание первичной, в том числе первичной специализированной медицинской помощи пациентам с ОНМК осуществляется медицинскими работниками со средним медицинским образованием, врачами терапевтами-участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-неврологами, врачами и фельдшерами выездных бригад СМП в соответствии с приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 №388н (ред. 21.02.2020) «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи».

Врач (фельдшер) бригады СМП оказывает помощь пациентам с ОНМК в объеме, установленном действующим стандартом медицинской помощи при соответствующих заболеваниях, утвержденных приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации (приказ МЗ РФ от 5 июля 2016 г. N 466н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром нарушении мозгового кровообращения») и действующих клинических рекомендаций.

Формирование укладки бригады СМП, выезжающей для оказания скорой медицинской помощи больным с ОНМК и оснащение машины СМП (санитарного автотранспорта) осуществляется по принципу полного обеспечения выполнения всех неотложных лечебно-диагностических мероприятий, предусмотренных стандартом медицинской помощи (с запасом на двух пациентов) вне зависимости от состава бригады.

Врачи-специалисты РСЦ/ПСО при необходимости круглосуточно оказывают консультативную помощь бригадам СМП, врачам-специалистам иных областных государственных медицинских организаций по фиксированному телефону, в том числе с применением дистанционных технологий.

4. Основанием для госпитализации в РСЦ/ПСО является обоснованное подозрение на наличие у пациента состояния/заболевания, указанного в пункте 1 настоящего Приложения.

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

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

дефицита по Лос-Анджелесской шкале моторного дефицита (далее - LAMS). При угнетении уровня сознания до сопора или комы, балл по шкале LAMS не определяется. Вместо этого указывается степень угнетения сознания (сопор или кома по шкале ком Глазго).

Лос-Анджелесской шкале моторного дефицита (LAMS)

А Оценка лицевой мускулатуры: поднять брови, показать зубы, закрыть глаза, зажмурить глаза	
нет асимметрии (гримаса на болевом стимул симметрична)	0 б
есть асимметрия мимической мускулатуры в нижних отделах лица или в нижних и верхних отделах лица с одной стороны	1 б
В Проба Барре, удержание выпрямленных вперед рук (руки подняты на 90 градусов в положении сидя и на 45 градусов в положении лежа)	
Норма	0 б
медленно опускается вниз	1 б
быстро падает	2 б
С Сжимание в кисти (сжать указательный и средний пальцы в кулак)	
сжимает симметрично, сила не снижена	0 б
с одной стороны сжимает слабее	1 б
нет движений в кисти	2 б
Сумма баллов	

6. Для подтверждения у пациента ОНМК выполнять лучевую диагностику (компьютерную томографию/магнитно-резонансную томографию) (далее – КТ/МРТ), в случае, когда медицинская организация, направляющая пациента, имеет соответствующее оборудование.

7. Бригада СМП доставляет пациента с ОНМК в РСЦ/ПСО в соответствии с перечнем зон обслуживания сосудистых отделений.

8. В случае подозрения на инсульт у больных, находящихся на территории города Кирова, в случае возникновения симптомов в интервал времени от 3-5 часов от возникновения симптомов ОНМК, и оценке по шкале LAMS более 4б (проксимальная окклюзия) осуществлять госпитализацию в РСЦ.

Критерий	Госпитализация
A. Возникновение симптомов инсульта в интервал 3-5 часов	РСЦ
B. оценку пациента по Лос-Анджелесской шкале моторного дефицита (LAMS) более 4 б	КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница» (г. Киров, ул. Воровского, 42)
C. Нахождение на территории г. Киров КОГБУЗ «Кировский клинико-диагностический центр» КОГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» КОГБУЗ «Кировская городская больница №2» КОГБУЗ «Кировская городская больница №5» КОГБУЗ «Кировская клиническая больница №7 им. В.И. Юрловой» КОГБУЗ «Кировская городская больница №9»	

9. Пациент доставляется в РСЦ/ПСО в максимально короткие сроки. Бригада СМП, производящая транспортировку пациента с признаками ОНМК, посредством телефонной связи оповещает приемное отделение о поступлении пациента с признаками ОНМК с указанием времени дебюта заболевания (экспозиции заболевания), приблизительного времени поступления, выраженности общемозговой симптоматики и наличии нарушений витальных функций (потребности в их протезировании).

10. Медицинский персонал приемного отделения, получивший информацию от выездной бригады СМП, безотлагательно передает информацию дежурному врачу-неврологу, дежурному врачу-рентгенологу отделения КТ, дежурному врачу реаниматологу ОРИТ РСЦ/ПСО.

11. Дежурный врач-невролог при получении информации о поступлении пациента с признаками ОНМК безотлагательно прибывает в зависимости от маршрута госпитализации в кабинет отделения КТ. Фельдшер/ медицинская сестра приемного отделения проводят оформление всей необходимой при госпитализации в стационар медицинской документации.

12. Передача пациента с ОНМК бригадой СМП происходит непосредственно дежурному врачу профильного отделения или врачу-анестезиологу-реаниматологу.

13. Пациенты с ОНМК направляются на лучевую диагностику (КТ/МРТ) для уточнения диагноза, минуя приемное отделение медицинской организации. Время с момента поступления пациента с признаками ОНМК в РСЦ/ПСО до получения дежурным врачом-неврологом заключения КТ/МРТ-исследования головного мозга составляет не более 40 минут.

14. Исследование общего анализа крови, определение содержания тромбоцитов, глюкозы в периферической крови, креатинина, МНО, АЧТВ

осуществляется не более, чем в течение 20 минут с момента забора крови, после чего результат передается дежурному врачу-неврологу.

15. При подтверждении диагноза ОНМК пациенты госпитализируются в реанимационные отделения/БИТР. Время с момента поступления пациента с ОНМК в РСЦ/ПСО до перевода в реанимационные отделения/БИТР должно составлять не более 60 минут. Весь период обследования больного с признаками ОНМК дежурным неврологом РСЦ/ПСО бригада СМП находится в медицинской организации.

16. При исключении показаний для госпитализации в РСЦ/ПСО, пациент может быть направлен в иную медицинскую организацию соответствующего профиля.

**Маршрутизация пациентов с подозрением
на острое нарушение мозгового кровообращения в случае
поломки компьютерного томографа в РСЦ/ПСО**

№ п/п	Наименование медицинской организации, где КТ не испра- вен	Наименование медицинской организации, где проводится КТ	Госпитализация
1	РСЦ, КОГБУЗ «Кировская област- ная клиническая больница»		РСЦ
	КОГБУЗ «Кировская городская больница №9»	ПСО №1	РСЦ
	КОГБУЗ «Кировский клинико- диагностический центр» Поликлиника №1	ПСО №6	РСЦ
	Поликлиника №2	ПСО №6	РСЦ
	Поликлиника №3	ПСО №1	РСЦ
	Поликлиника №4	ПСО №6	РСЦ
	Поликлиника №5	ПСО №6	РСЦ
	Поликлиника №6	ПСО №1	РСЦ
	Поликлиника №9	ПСО №1	РСЦ
	Ленина, 200	ПСО №1	РСЦ
	Костино	ПСО №6	РСЦ
	КОГБУЗ «Свечинская цен- тральная районная больница»	КОГБУЗ «Котельничская центральная районная боль- ница» ПСО №6	РСЦ
	КОГБУЗ «Даровская централь- ная районная больница»	КОГБУЗ «Котельничская центральная районная боль- ница» ПСО №6	РСЦ
	КОГБУЗ «Шабалинская цен- тральная районная больница»	КОГБУЗ «Котельничская центральная районная боль- ница» ПСО №6	РСЦ
	КОГБУЗ «Сунская центральная районная больница»	ПСО №1	РСЦ

№ п/п	Наименование медицинской организации, где КТ не испра- вен	Наименование медицинской организации, где проводится КТ	Госпитализация
	КОГБУЗ «Куменская централь- ная районная больница»	ПСО №1	РСЦ
	КОГБУЗ «Немская центральная районная больница»	КОГБУЗ «Нолинская цен- тральная районная больница» ПСО №1	РСЦ
	КОГБУЗ «Унинская централь- ная районная больница»	ПСО №1	РСЦ
	КОГБУЗ «Кильмезская цен- тральная районная больница»	КОГБУЗ «Нолинская цен- тральная районная больница» ПСО №1	РСЦ
	КОГБУЗ «Верхошижемская центральная районная больни- ца»	ПСО №1	РСЦ
	КОГБУЗ «Опаринская цен- тральная районная больница»	ПСО №6	РСЦ
	КОГБУЗ «Подосиновская цен- тральная районная больница им. Н.В. Отрокова»	ПСО №6	РСЦ
	КОГБУЗ «Лузская центральная районная больница»	КОГБУЗ «Лузская централь- ная районная больница» ПСО №6	РСЦ
	КОГБУЗ «Мурашинская цен- тральная районная больница»	ПСО №6	РСЦ
	КОГБУЗ «Юрьянская цен- тральная районная больница»	ПСО №6	РСЦ
2	ПСО №1, КОГБУЗ «Центр кардиоло- гии и неврологии»		
	КОГБУЗ «Кировский клинико- диагностический центр» Поликлиника №7	ПСО №6	ПСО №1
	Поликлиника №8	РСЦ	ПСО №1
	КОГБУЗ «Кировская городская больница №5»	ПСО №6	ПСО №1
	КОГБУЗ «Кировская городская больница №2»	РСЦ	ПСО №1
	КОГБУЗ «Кировская клиниче- ская больница №7 им. В.И. Юрловой»	РСЦ	ПСО №1
	КОГБУЗ «Котельничская цен- тральная районная больница»	КОГБУЗ «Котельничская центральная районная боль- ница» ПСО №6	ПСО №1
	КОГБУЗ «Оричевская цен- тральная районная больница»	ПСО №6	ПСО №1
	КОГБУЗ «Орловская централь- ная районная больница»	ПСО №6	ПСО №1
3	ПСО №2, КОГБУЗ «Слободская цен- тральная районная больница им. академика А.Н. Бакуле-		

№ п/п	Наименование медицинской организации, где КТ не испра- вен	Наименование медицинской организации, где проводится КТ	Госпитализация
	ва»		
	КОГБУЗ «Слободская цен- тральная районная больница им. академика А.Н. Бакулева»	ПСО №1 население г. Сло- бодской РСЦ население Слободского района	ПСО №1 РСЦ
	КОГБУЗ «Белохолуницкая цен- тральная районная больница»	ПСО №6	ПСО №6
	КОГБУЗ «Нагорская централь- ная районная больница»	ПСО №1	ПСО №1
	КОГБУЗ «Омутнинская цен- тральная районная больница»	КОГБУЗ «Омутнинская цен- тральная районная больница»	ПСО №2
	КОГБУЗ «Верхнекамская цен- тральная районная больница»	ПСО №6	ПСО №6
	КОГБУЗ «Афанасьевская цен- тральная районная больница»	КОГБУЗ «Омутнинская цен- тральная районная больница»	ПСО №2
4	ПСО №3, КОГБУЗ «Советская цен- тральная районная больни- ца»		
	КОГБУЗ «Советская централь- ная районная больница»	ПСО №1	ПСО №1
	КОГБУЗ «Пижанская цен- тральная районная больница»	РСЦ	РСЦ
	КОГБУЗ «Лебяжская централь- ная районная больница»	РСЦ	РСЦ
	КОГБУЗ «Яранская централь- ная районная больница»	КОГБУЗ «Яранская цен- тральная районная больница»	ПСО №3
	КОГБУЗ «Арбажская цен- тральная районная больница»	КОГБУЗ «Котельничская центральная районная боль- ница»	ПСО №6
	КОГБУЗ «Уржумская цен- тральная районная больница»	КОГБУЗ «Уржумская цен- тральная районная больница»	ПСО №3
	КОГБУЗ «Тужинская цен- тральная районная больница»	КОГБУЗ «Яранская цен- тральная районная больница»	ПСО №3
	КОГБУЗ «Нолинская централь- ная районная больница»	КОГБУЗ «Нолинская цен- тральная районная больница»	ПСО №5
	КОГБУЗ «Кикнурская цен- тральная районная больница»	КОГБУЗ «Яранская цен- тральная районная больница»	ПСО №3
	КОГБУЗ «Санчурская цен- тральная районная больница им. А.И. Прохорова»	КОГБУЗ «Яранская цен- тральная районная больница»	ПСО №3
5	ПСО №4, КОГБУЗ «Вятскополянская центральная районная боль- ница»		
	КОГБУЗ «Вятскополянская центральная районная больни- ца»	КОГБУЗ «Уржумская цен- тральная районная больница»	ПСО №4
	КОГБУЗ «Малмыжская цен- тральная районная больница»	КОГБУЗ «Уржумская цен- тральная районная больница»	ПСО №4
6	ПСО №5,		

№ п/п	Наименование медицинской организации, где КТ не испра- вен	Наименование медицинской организации, где проводится КТ	Госпитализация
	КОГБУЗ «Кирово-Чепецкая центральная районная боль- ница»		
	КОГБУЗ «Кирово-Чепецкая центральная районная больни- ца»	РСЦ	РСЦ
	ФБУЗ МСЧ №52 ФМБА России	ПСО №1 (четные числа) ПСО №6 (нечетные числа)	ПСО №1 ПСО №6
	КОГБУЗ «Зуевская центральная районная больница»	РСЦ	РСЦ
	КОГБУЗ «Фаленская централь- ная районная больница»	ПСО №1 (нечетные числа) ПСО №6 (четные числа)	ПСО №1 ПСО №6
7	ПСО №6, КОГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи»		
	КОГБУЗ «Больница скорой ме- дицинской помощи»	ПСО №1	ПСО №6

17. Стационарный этап.

Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с ОНМК осуществляется в областных государственных медицинских организациях, в структуре которых организованы РСЦ/ПСО, в условиях обеспечения круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.

17.1. При выявлении в ПСО показаний для проведения высокотехнологичных видов медицинской помощи (церебральная ангиография, нейрохирургические вмешательства и др.) пациент после стабилизации состояния переводится в РСЦ по согласованию с заведующим профильным отделением.

17.2 В случае отсутствия эффекта от проведенной внутривенной тромболитической терапии в ПСО, проводить КТ ангиографию сосудов головного мозга для выявления проксимальной окклюзии. Результаты КТ ангиографии направлять в РСЦ по телемедицине для решения потребности в проведении тромбоэкстракции.

17.3. При осмотре пациента с признаками ОНМК дежурный врач-невролог, по медицинским показаниям совместно с дежурным врачом реаниматологом ОРИТ РСЦ/ ОРИТ:

- оценивает состояние жизненно важных функций организма, общее состояние пациента и неврологический статус (в том числе с оценкой балла по шкале инсульта национального института здоровья (NIHSS - National Institutes of Health Stroke Scale, шкалы комы Глазго (ШКГ), данных модифицированной шкалы Рэнкина (mRS - Modified Rankin Scale);

- проводит мероприятия, направленные на восстановление нарушенных жизненно важных функций организма больного;

- организует выполнение электрокардиографии (если не выполнена на догоспитальном этапе), забора крови для определения количества тромбоцитов, содержания глюкозы, креатинина в периферической крови; а также международного нормализованного отношения (МНО) и активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ);

- определяет показания/ противопоказания и объем нейровизуализационного обследования (КТ, магниторезонансная томография (МРТ), ангиография сосудов головного мозга, КТ-перфузия головного мозга и т.д.);

- выделяет кандидатов для проведения дифференцированной (реперфузионной) терапии: тромболитическая терапия (ТЛТ), внутрисосудистая тромбоэмболэктомия (ВСТЭ), этапная реперфузия.

17.4. Дежурный медицинский персонал (фельдшер-лаборант, фельдшер/ медицинская сестра приемного отделения, медицинская сестра ОРИТ РСЦ/ОРИТ) по распоряжению дежурного невролога выполняет забор крови для исследования тромбоцитов, глюкозы, креатинина в периферической крови, МНО и АЧТВ, по назначению специалистов могут выполняться дополнительные лабораторные исследования.

17.5. Определение содержания тромбоцитов, глюкозы, креатинина в периферической крови, МНО и АЧТВ производится в течение 20 минут с момента забора крови, с использованием в том числе экспресс-анализаторов (экспресс-коагулометр), после чего результат передается дежурному врачу-неврологу и/или дежурному врачу реаниматологу ОРИТ РСЦ/ОРИТ.

17.6. Дежурный врач-рентгенолог отделения КТ обеспечивает незамедлительный прием пациентов с ОНМК и выполнение нейровизуализации (КТ и/или МРТ).

Пациентам с ОНМК по ишемическому типу в бассейне средней мозговой артерии врач-рентгенолог проводит оценку данных нейровизуализации с расчетом балла по шкале ранних КТ-изменений ASPECTS (Alberta stroke program early CT score).

У пациентов с инсультом и неврологическим дефицитом ≥ 6 баллов по NIHSS, а также балле по шкале ASPECTS ≥ 6 врач-рентгенолог обеспечивает (при технической возможности) выполнение исследования сосудов головного мозга (КТ-ангиография (от дуги аорты) или МРТ-ангиография). В связи с тем, что ОНМК является ургентным состоянием, ожидание результатов содержания мочевины и креатинина в сыворотке крови перед применением контрастного препарата не требуется.

В случае экспозиции 6-24 часа от дебюта заболевания нейровизуализация (при технической возможности) у больных инсультом и неврологическим дефицитом ≥ 10 баллов по NIHSS при отсутствии изменений на КТ головного мозга дополняется выполнением КТ-ангиографии сосудов головного мозга и КТ в перфузионном режиме (в случае выявления окклюзии внутренней сонной артерии или M1-M2 -

сегмента средней мозговой артерии) или МРТ в диффузионном и перфузионном режимах.

Пациентам с "ночным инсультом" (неизвестным временем начала заболевания) и неврологическим дефицитом ≥ 4 баллов по NIHSS нейровизуализация при отсутствии изменений на КТ головного мозга дополняется (при технической возможности) МРТ головного мозга на предмет DWI/FLAIR-несоответствия (выявление очага на МРТ-DWI и его отсутствие на МРТ-FLAIR).

17.7. Время с момента поступления пациента с признаками ОНМК до получения дежурным врачом-неврологом или дежурным врачом реаниматологом ОРИТ РСЦ/ПСО ОРИТ заключения КТ-исследования или МРТ-исследования головного мозга не должно превышать 40 минут.

17.8. При подтверждении диагноза ОНМК пациенты со всеми типами ОНМК в остром периоде заболевания, в том числе с транзиторными ишемическими атаками, направляются ОРИТ РСЦ/ПСО. Дежурный врач-невролог оформляет медицинскую документацию в установленной форме, в карте осмотра неврологического больного обязательно указываются анамнестические данные, данные соматического и неврологического статуса, результаты анализов, результаты данных нейровизуализации и предварительный клинический диагноз.

17.9. Время с момента поступления пациента до перевода в профильное отделение должно составлять не более 60 минут.

17.10. При отсутствии противопоказаний к проведению системной тромболитической терапии, начало таковой возможно в кабинете отделения КТ. Показания и противопоказания для проведения системной тромболитической терапии оцениваются дежурным врачом-неврологом или врачом реаниматологом ОРИТ РСЦ/ОРИТ. Контрольное время начала тромболизиса не позднее 40 минут от момента поступления в стационар.

17.11. У пациентов, у которых время от появления симптомов составляет от 4,5 до 9 часов и механическая тромбэктомия не показана или не планируется, проведение внутривенного тромболизиса возможно при соответствии критериям EXTEND (по данным КТ в перфузионном режиме: соотношение пенумбра/ядро > 1.2 ; размеры ядра ишемии < 70 мл; объем несоответствия пенумбра-ядро > 10 мл).

17.12. При необходимости выполнения КТ-ангиографии сосудов головного мозга и наличии показаний к системной тромболитической терапии рекомендуется придерживаться следующей последовательности:

- болюсное введение 10 % от суммарной расчетной дозы тромболитика (алтеплазы);
- выполнение КТ- или МР-ангиографии сосудов головного мозга;
- по завершению сканирования начало инфузии 90 % суммарной расчетной дозы альтеплазы (сразу после окончания сканирования).

Либо однократное болюсное введение фортеплазе 10 мг.

17.14. При возникновении любых технических сложностей проведения КТ-ангиографии (трудности установки внутривенного периферического катетера с достаточным просветом, отсутствие качественной визуализации из-за психомоторного возбуждения пациента и др.), от проведения неинвазивной ангиографии следует воздержаться в пользу скорейшего начала системной ТЛТ при наличии показаний.

17.15. Если пациент соответствует критериям отбора для ВСТЭ, дежурный врач-невролог или дежурный врач реаниматолог ОРИТ РСЦ/ОРИТ оповещает дежурного врача-хирурга отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения (РХМДиЛ) и обеспечивает экстренную транспортировку пациента непосредственно в операционную силами дежурного персонала ОРИТ РСЦ.

17.16. При отсутствии окклюзии крупной церебральной артерии по данным РКТ-ангиографии пациент переводится в палату ОРИТ РСЦ/ПСО с продолжающейся инфузией тромболитика.

17.17. При выполнении этапной реперфузионной терапии инфузия тромболитика проводится в течение транспортировки пациента в отделение РХМДиЛ и продолжается одновременно с процедурой ВСТЭ (в случае использования болюсно-инфузионного варианта ТЛТ). Начало эндоваскулярного вмешательства не должно быть отсрочено ожиданием эффекта от системной ТЛТ или ее окончанием.

17.18. Для лечения пациентов с ишемическим инсультом, вызванным окклюзией крупной артерии в передних отделах артериального круга большого мозга (ВСА, СМА М1-М2, ПМА А1-А2) с тяжестью неврологического дефицита по шкале NIHSS 6 баллов и более, ASPECTS 6 баллов и более в течение 6 часов от возникновения симптомов рекомендуется выполнение ВСТЭ в дополнение к системной ТЛТ (при наличии показаний к ней).

17.19. Если пациенту с ишемическим инсультом, вызванным окклюзией крупной артерии в передних отделах артериального круга большого мозга (ВСА, СМА М1-М2, ПМА А1-А2), противопоказано проведение ТЛТ, то в качестве метода лечения рекомендуется ВСТЭ.

Рекомендуется пациентам с ИИ при окклюзии магистральной интракраниальной артерии в каротидном бассейне с большим объемом ядра ишемии (ASPECTS 3-5) выполнение ВСТЭ в течение первых 6 часов для улучшения функционального исхода, но с учетом более высокой вероятности геморрагической трансформации очага ишемии.

Рекомендуется пациентам с ИИ и NIHSS 6 баллов и более при окклюзии магистральной интракраниальной артерии в каротидном бассейне при объеме ядра ишемии менее 70 мл, зоны сниженной перфузии не менее 15 мл и имеющим отношение объемов зоны снижения перфузии к объему ядра ишемии не менее 1,8 – выполнение ВСТЭ в срок от 6 до 16 ч для улучшения функционального исхода.

17.20. У пациентов с ишемическим инсультом, вызванным окклюзией крупной артерии в передних отделах артериального круга большого мозга (ВСА, СМА М1), возможно выполнение тромбэкстракции (тромбэмболэктомии) в период 6-24 часов от начала симптомов при соответствии критериям исследований DAWN и DEFUSE-3.

17.21. В случае выявления окклюзии МЗ сегмента средней мозговой артерии, передних мозговых артерий, позвоночных артерий, основной артерии или задних мозговых артерий, возможность ВСТЭ, а в отдельных случаях внутриартериальной ТЛТ, должна рассматриваться консилиумом врачей-специалистов после всесторонней оценки соотношения риска/пользы. Решение о выполнение ВСТЭ при NIHSS < 6 баллов принимается индивидуально с учетом возможных рисков и потенциальной пользы вмешательства.

Рекомендуется пациентам с ИИ при острой окклюзии основной артерии или интракраниальной части позвоночной артерии выполнять ВСТЭ в срок до 24 ч от начала инсульта для улучшения функционального исхода.

Для выполнения ВСТЭ рекомендуется проведение механической тромбоэкстракции с применением стент-ретриверов. Другие устройства для ВСТЭ (например, системы тромбаспирации) или комбинированные методики реканализации могут использоваться по усмотрению выполняющего вмешательство специалиста, если они обеспечивают быструю, полную и безопасную реваскуляризацию в бассейне пораженной артерии.

Технической целью выполнения ВСТЭ является достижение реперфузии mTICI 2b/3 (Модифицированная шкала восстановления перфузии при ишемическом инсульте, приложение). Для повышения вероятности благоприятного исхода ИИ оптимально достижение уровня реперфузии mTICI 2c/3.

Возможность проведения ВСТЭ не должна препятствовать или задерживать проведение ТЛТ (при наличии показаний к ней). Проведение ТЛТ не должно задерживать начало процедуры ВСТЭ.

17.22. Анестезиологическое сопровождение эндоваскулярного вмешательства осуществляется дежурной анестезиологической бригадой ОАР (врач анестезиолог-реаниматолог и медицинская сестра-анестезист), которые также оповещаются дежурным врачом-неврологом или врачом анестезиологом-реаниматологом ОРИТ РСЦ/ОРИТ. Выбор метода анестезии для проведения внутрисосудистого вмешательства осуществляется индивидуально, при этом необходимо избегать увеличения времени до начала выполнения процедуры.

17.23. В течение всего периода внутригоспитальной транспортировки с момента поступления в приемное отделение пациенту продолжаются начатые на догоспитальном этапе или инициируются (при их отсутствии) мероприятия базисной недифференцированной терапии, в т.ч. введение

препаратов антиоксидантной и нейропротективной направленности. Объем помощи модифицируется в зависимости от тяжести состояния пациента и наличия нарушений витальных функций.

17.24. В палате ОРИТ РСЦ/ОРИТ каждому пациенту с ОНМК проводятся:

- оценка неврологического статуса, в том числе с использованием оценочных шкал NIHSS, ШКГ, mRS;
- оценка соматического статуса;
- оценка функции глотания (стандартизированное скрининговое тестирование функции глотания);
- оценка нутритивного статуса (в т.ч. шкала NRS 2002 (Nutritional risk screening 2002));
- лабораторные исследования крови (общий (клинический) анализ крови развернутый, анализ крови биохимический общетерапевтический, анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический, натрия, калия и хлоридов в крови, коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), исследование кислотно-основного состояния и газов крови (по показаниям), общий (клинический) анализ мочи, а также дополнительные лабораторные исследования при наличии показаний;
- дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных сосудов;
- дуплексное сканирование транскраниальное;
- определение тактики ведения и назначение необходимых мероприятий, направленных на предотвращение повторного развития ОНМК.
- ранняя медицинская реабилитация.

17.25. Пациентам, у которых по заключению КТ- или МРТ-исследования установлены признаки внутричерепного кровоизлияния, проводится консультация нейрохирурга в срок не позднее 60 минут с момента получения результатов исследования в т ч с использованием телемедицинских технологий, по итогам которой принимается решение о тактике лечения, в том числе о необходимых мероприятиях дообследования, характере и сроках оперативного вмешательства при наличии показаний.

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

17.27. При наличии медицинских показаний в реанимационном отделении/БИТР больному с ОНМК проводятся: транскраниальное допплеровское мониторирование, эхокардиография.

17.28. Комплекс мероприятий ранней медицинской реабилитации, направленный на восстановление нарушенных вследствие ОНМК функций

нервной системы, начинается при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний в течение первых 24-48 часов мультидисциплинарной бригадой специалистов, включающей врача лечебной физкультуры (врача физической и реабилитационной медицины), инструктора по лечебной физкультуре, врача-физиотерапевта, логопеда, медицинского психолога, социального работника.

17.29. Длительность пребывания пациента с ОНМК в палате ОРИТ РСЦ/ОРИТ определяется тяжестью его состояния, но не может быть менее 24 часов, необходимых для определения патогенетического варианта ОНМК (по критериям классификации TOAST), тактики ведения и проведения мероприятий, направленных на предотвращение повторного развития ОНМК.

17.30. В случае необходимости проведения пациенту с ОНМК искусственной вентиляции легких (длительностью более 7 суток), при наличии сопутствующей патологии, влияющей на тяжесть состояния, сомнительного реабилитационного прогноза пациент по решению консилиума (не менее трех врачей) переводится из РСЦ/ПСО в отделение интенсивной терапии и реанимации медицинской организации, в которой находится сосудистое отделение или в отделение интенсивной терапии и реанимации медицинской организации по месту жительства.

17.31. После окончания срока лечения в РСЦ в стационарных условиях дальнейшие тактика ведения и медицинская реабилитация больного с ОНМК определяются консилиумом врачей-специалистов.

Больные с ОНМК при наличии медицинских показаний направляются для проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские организации.

При определении медицинской организации для дальнейшего оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях и медицинской реабилитации больного, перенесшего ОНМК, рекомендуется оценивать уровень его мобильности по шкале мобильности Ривермид, описание состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности - с использованием шкалы Рэнкина (mRS) и показателя по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ).

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

Обследование, лечение и медицинская реабилитация пациентов с ОНМК осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 №928н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения», стандартами оказания

медицинской помощи при транзиторной ишемической атаке, ишемическом и геморрагическом инсульте, действующими клиническими рекомендациями.

Направление на медицинскую реабилитацию осуществлять в соответствии с распоряжение министерства здравоохранения Кировской области от 24.03.2025 № 220 «Об организации медицинской реабилитации взрослого населения».

Алгоритм маршрутизации и догоспитальной диагностики пациентов для отбора на системный тромболизис вне сосудистых центров

Допускается госпитализация в КОГБУЗ «Омутнинская центральная районная больница», КОГБУЗ «Лузская центральная районная больница», КОГБУЗ «Нолинская центральная районная больница» с целью проведения тромболитической терапии при соблюдении правила ABC

A

1	Начало появление симптомов до 3,5 х часов (время начало симптомов известно)	1 балл
2	Уровень сознания – ясное или оглушение	1 балл
3	Наличие очаговой симптоматики (гемипарез, атаксия)	1 балл
4	Возраст от 18 до 80 лет	1 балл
5	Отсутствует судорожный синдром	1 балл
6	Отсутствие цирроза печени, злокачественного новообразования, признаков кровотечения	1 балл

При наличии 6 баллов – пункт **B**, нет 6 баллов – госпитализация осуществляется в соответствии с действующим порядком.

B Время доставки (до ПСО/РСЦ, до ЦРБ)

Госпитализация в ПСО/РСЦ	если доставка пациента в ПСО будет произведена в пределах 4-х часов с момента появления симптомов инсульта
Госпитализация в ЦРБ	если доставка пациента в ПСО будет произведена позднее 4-х часов с момента появления симптомов инсульта

C Сообщить по телефону в приемный покой о доставке данного пациента.

После проведения внутривенного тромболизиса и стабилизации состояния осуществляется перевод в РСЦ/ПСО согласно приложению 1 но не ранее 24 часов.

Регламент взаимодействия государственных медицинских организаций Кировской области, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ОНМК (включая межтерриториальное взаимодействие с государственными медицинскими организациями регионального и федерального уровней) при оказании медицинской помощи пациентам с ОНМК, требующим проведения нейрохирургического, сосудисто-хирургического, кардиохирургического вмешательства

1. Медицинскую эвакуацию пациентов с ОНМК осуществляют бригады скорой и неотложной медицинской помощи». Маршрутизация пациентов при госпитализации с ОНМК осуществляется в соответствии с территорией вызова бригады скорой медицинской помощи вне зависимости от регистрации пациента.

2. Пациенты с ОНМК госпитализируются в 1 РСЦ, шесть ПСО, оснащенные аппаратами РКТ, которые работают в круглосуточном режиме согласно утвержденной маршрутизации.

3. У пациентов, поступающих в терапевтическое окно, при инфарктах мозга проводится тромболитическая терапия.

4. В случае неэффективности проведенного на этапе ПСО системного тромболизиса пациент в остром периоде ишемического инсульта для осуществления второго этапа реперфузионной терапии - операции тромбоэкстракции и/или тромбоаспирации – направляется в РСЦ.

5. Пациентам, у которых по заключению КТ-исследования или МРТ-исследования установлены признаки геморрагического инсульта, лечащий врач РСЦ и ПСО в экстренной форме организует проведение консультации врача-нейрохирурга в срок не позднее 60 минут с момента получения результатов КТ-исследования, в том числе с использованием возможностей телемедицины.

6. В случае принятия решения о проведении оперативного лечения пациент с геморрагическим инсультом направляется из первичного сосудистого отделения в нейрохирургическое отделение КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница».

7. Разбор сложных, клинически неясных случаев для определения дальнейшей тактики ведения и лечения пациентов проводится с участием медицинских работников федеральных медицинских центров и/или национальными медицинскими исследовательскими центрами (далее – НМИЦ). По итогам консультации консилиумом врачей принимается решение о тактике лечения.

8. По окончанию стационарного этапа лечения осуществлять направление пациентов на реабилитационное лечение.

Шкала инсульта национальных институтов здоровья США - NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale)

Признак	Балл	Описание	Комментарии
1. Сознание	0	В сознании, активно реагирует	15 баллов ШКГ
	1	Сомноленция, разбудим при минимальном раздражении	13-14 баллов ШКГ
	2	Сопор, требуется повторная стимуляция	9-12 баллов ШКГ
	3	Кома, реакции на уровне рефлексов или нет вообще	3-8 баллов ШКГ
1.В. Ответы на вопросы (спросить месяц и возраст)	0	На оба вопроса правильный ответ	При афазии/ угнетении сознания - 2 балла, при тяжелой дизартрии/ языковом барьере/ интубации - 1 балл
	1	На один вопрос правильный ответ	
	2	Ни на один вопрос не дан правильный ответ	
1.С. Выполнение команд (Попросить открыть и закрыть глаза)	0	Обе команды выполнены правильно	Если пациент не реагирует на произнесение команды, ему следует продемонстрировать. Оценивается только первая попытка.
	1	Одна команда выполнена правильно	
	2	Ни одна команда не выполнена правильно	
2. Движение глазных яблок	0	Норма	Исследуются движения глаз только по горизонтали, при коме исследуются окулоцефалические реакции
	1	Частичный паралич взора	
	2	Тоническое отведение глаз или полный паралич взора	
3. Поля зрения	0	Норма	Если пациент слеп (по любой причине), ставится 3
	1	Частичная гемианопсия	
	2	Полная гемианопсия	
	3	Двусторонняя гемианопсия, амавроз (включая корковую слепоту)	
4. Парез лицевой мускулатуры (попросить показать зубы или поднять брови и плотно закрыть глаза)	0	Норма	При нарушении контакта оценивается симметричность гримасы в ответ на болевые раздражители
	1	Минимальный паралич (асимметрия)	
	2	Частичный паралич (нижняя группа мышц)	
	3	Полный паралич (верхняя и нижняя группа мышц)	
5. А. Движения в руке на стороне пареза (Оценить положение руки, поднятой на 90° сидя или на 45° лежа, в течение 10 сек) При ампутации, контрактуре сустава, переломе - "UN" (от англ. untestable)	0	Нет опускания поднятой руки в течение 10 сек	Сила 5 баллов
	1	Опускает руку после короткого держания (< 10 сек.), не достигает поверхности	Сила 4 балла
	2	Некоторое сопротивление силе тяжести без подъема руки	Сила 3 балла
	3	Рука падает без сопротивления силе тяжести	Сила 2 балла
	4	Нет активных движений	Сила 0-1 балл
5. В. Движения в руке на противоположной стороне (Оценить положение руки, поднятой на 90° сидя или на 45° лежа, в течение 10 сек) При ампутации, контрактуре сустава, переломе - "UN"	0	Нет опускания поднятой руки в течение 10 сек	Сила 5 баллов
	1	Опускает руку после короткого держания (< 10 сек.), не достигает поверхности	Сила 4 балла
	2	Некоторое сопротивление силе тяжести без подъема руки	Сила 3 балла
	3	Рука падает без сопротивления силе тяжести	Сила 2 балла
	4	Нет активных движений	Сила 0-1 балл

6.А. Движения в ноге на стороне пареза (Оценить положение ноги, поднятой на 30° в положении лежа, в течение 5 сек) При ампутации, контрактуре сустава, переломе - "UN"	0	Нет опускания поднятой ноги в течение 5 сек.	Сила 5 баллов
	1	Опускает ногу после короткого держания (< 5 сек.)	Сила 4 балла
	2	Некоторое сопротивление силе тяжести без подъема ноги	Сила 3 балла
	3	Нога падает без сопротивления силе тяжести	Сила 2 балла
	4	Нет активных движений	Сила 0-1 балл
6.В. Движения в ноге на противоположной стороне (Оценить положение ноги, поднятой на 30° в положении лежа, в течение 5 сек) При ампутации, контрактуре сустава, переломе - "UN"	0	Нет опускания поднятой ноги в течение 5 сек.	Сила 5 баллов
	1	Опускает ногу после короткого держания (< 5 сек.)	Сила 4 балла
	2	Некоторое сопротивление силе тяжести без подъема ноги	Сила 3 балла
	3	Нога падает без сопротивления силе тяжести	Сила 2 балла
	4	Нет активных движений	Сила 0-1 балл
7. Атаксия конечностей При ампутации, контрактуре сустава, переломе - "UN"	0	Нет	Баллы начисляются, когда выраженность атаксии превосходит выраженность пареза. Если пациент не доступен контакту - атаксия отсутствует
	1	В одной конечности	
	2	В двух конечностях	
8. Чувствительность (оценка проводится без захватов кистей и стоп)	0	Норма	При афазии/ сопоре - 0 или 1 балл. Пациенты в коме получают 2 балла. Двусторонняя гемигипестезия - 2 балла
	1	Легкое или умеренное снижение	
	2	Тяжелая или полная потеря чувствительности	
9. Афазия (описание рисунка, чтение слов или перечисление предметов)	0	Нет	Если тест провести невозможно (интубация, травма лица) данный раздел помечается "UN"
	1	Легкая или умеренная (ошибки в названии, парапазии)	
	2	Грубая: общение через отдельные выражения, невозможно понять ничего из ответа пациента	
	3	Тотальная (нет речевой продукции или слухового восприятия), мутизм	
10. Дизартрия	0	Нормальная артикуляция	
	1	Легкая или умеренная дизартрия (произносит невнятно некоторые слова)	
	2	Выраженная дизартрия (произносит слова почти невразумительно, или анатропия)	
11. Агнозия (игнорирование, неглехт)	0	Нет нарушений	
	1	Угнетение реакции, невнимание при одновременной двусторонней стимуляции на стимулы одной из модальностей (зрительные, или тактильные, или слуховые раздражения)	
	2	Угнетение реакции, невнимание при одновременной двусторонней стимуляции на стимулы одной из модальностей (зрительные, или тактильные, или слуховые раздражения)	
Сумма баллов		Тяжесть инсульта: 0 - нет симптомов 1-4 - малый инсульт 5-15 - среднетяжелый инсульт 16-20 - тяжелый инсульт 21-42 - крайне тяжелый инсульт	

Шкала комы Глазго

Функциональное исследование	Оценка, баллы
Открывание глаз	
спонтанное	4
как реакция на голос	3
как реакция на боль	2
отсутствует	1
Двигательная реакция	
выполнение движений по команде	6
целесообразное движение в ответ на болевое раздражение (отталкивание)	5
отдергивание конечности в ответ на болевое раздражение	4
патологическое сгибание в ответ на болевое раздражение	3
патологическое разгибание в ответ на болевое раздражение	2
отсутствие движений	1
Речевая реакция:	
больной ориентирован, дает быстрый и правильный ответ на заданный вопрос	5
больной дезориентирован, спутанная речь	4
словесная окрошка, ответ по смыслу не соответствует вопросу	3
нечленораздельные звуки в ответ на заданный вопрос	2
отсутствие речи	1
Результат	

Интерпретация полученных результатов по шкале комы Глазго:

- 15 баллов - сознание ясное
- 13-14 баллов - оглушение
- 9-12 баллов - сопор
- 4-8 баллов - кома
- 3 балла - терминальное состояние, смерть мозга

Модифицированная шкала Рэнкина - mRS (Modified Rankin Scale)

Балл	Критерии
0	Нет симптомов
1	<p>Могут быть определенные симптомы (физические или когнитивные):</p> <p>Настроение,</p> <p>Нарушения речи, чтения и письма,</p> <p>Проблемы с передвижением или чувствительностью;</p> <p>Может вернуться на прежнюю работу, поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни;</p> <p>Тратит столько же времени на выполнение дел, как и раньше до болезни</p>
2	<p>Имеет симптомы заболевания,</p> <p>Не может выполнять ту активность, которая была до заболевания (вождение автомобиля, чтение, письмо, танцы, работа и др.),</p> <p>Может самостоятельно за собой ухаживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается),</p> <p>Не нуждается в наблюдении,</p> <p>Может проживать один дома от недели и более без помощи</p>
3	<p>Имеет симптомы заболевания,</p> <p>Может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи,</p> <p>Самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности,</p> <p>Нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками,</p> <p>Нуждается в помощниках при ведении финансовых дел.</p> <p>Может проживать один дома без помощи от 1 суток до 1 недели</p>
4	<p>Имеет симптомы заболевания,</p> <p>Не может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи,</p> <p>Нуждается в помощи при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др.,</p> <p>В обычной жизни нуждается в ухаживающем, или того, кто находится рядом,</p> <p>Может проживать один дома без помощи до 1 суток</p>

5	Имеет симптомы заболевания, Не может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи, Нуждается в помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др., Нуждается в ухаживающем постоянно (и днем, и ночью), Не может быть оставлен один дома без посторонней помощи
6	Смерть больного

Шкала ранних КТ-изменений ASPECTS (Alberta stroke program early CT score)

Территория кровоснабжения СМА на двух аксиальных срезах (один на уровне таламуса и базальных ядер, другой — ростральное сразу над базальными ядрами) делится на 10 участков. Участки М1–М3 находятся на уровне базальных ядер, участки М4–М6 — на уровне желудочков непосредственно над базальными ядрами)

Интерпретация: При отсутствии изменений значение шкалы составляет 10 баллов.

За каждый участок, имеющий признаки ранних ишемических изменений, вычитается один балл. Значение 0 баллов означает диффузное поражение всей территории кровоснабжения СМА.

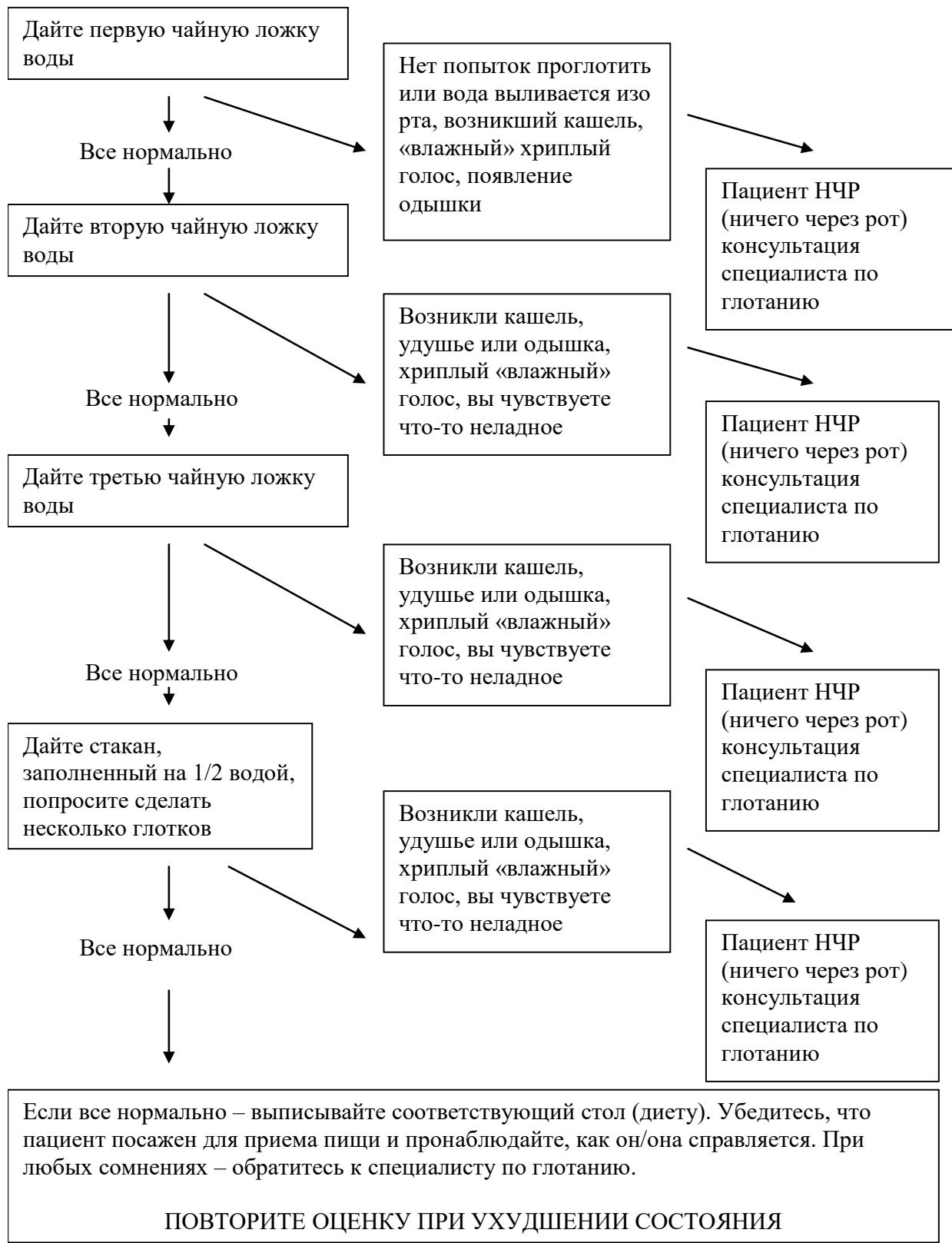
Оцениваемые участки:

C	хвостатое ядро (Caudate nucleus)
L	чечевицеобразное ядро (Lentiform nucleus)
IC	внутренняя капсула (Internal capsule)
I	островковая доля (Insular cortex)
M1	передняя СМА-кора
M2	СМА кора латеральное островка
M3	задняя СМА – кора
M4	передняя СМА - территория СМА ростральное M1
M5	боковая СМА - территории MCA ростральное M2
M6	задняя СМА - территория ростральное M3

Алгоритм опроса пациента перед ТЛТ

Вопросы	Да	Нет
1. Возраст пациента от 18 лет		
Данные настоящего заболевания	Да	Нет
2. Известно ли время начала заболевания?		
3. Укажите время начала заболевания (чч:мм)_____		
4. Инсульт развился во время сна?		
5. Симптомы возникли более 4 часов назад?		
6. Был ли судорожный припадок в дебюте заболевания?		
Данные анамнеза жизни	Да	Нет
7. Переносил ли ранее пациент инсульт?		
8. Были ли госпитализации за последние 3 месяца?:		
8.1. Выполнялись ли большие хирургические вмешательства?		
8.2. Была ли какая-либо травма, в т.ч. головы?		
8.3. Выполнялся ли аборт?		
9. Выполнялась ли пункция центральных вен /артерий в последние 7 дней?		
10. Выполнялась ли экстракция зубов в последние 2 недели?		
11. Имеется ли сейчас кровотечение, в т.ч. менструальное?		
12. Беременна ли сейчас пациентка?		
13. Указания на эрозивно-язвенные поражения ЖКТ в последние 21 сутки?		
14. Переносил ли ранее пациент операции на головном/спинном мозге?		
15. Устанавливался ли ранее диагноз опухоли головного мозга, аневризмы, АВМ, геморрагического инсульта?		
16. Страдает ли пациент почечной или печеночной недостаточностью?		
17. Страдает ли пациент бактериальным эндокардитом, перикардитом, острым панкреатитом?		
18. Отмечались ли ранее признаки повышенной кровоточивости?		
19. Получал ли пациент до инсульта варфарин, фенилин, гепарин, дабигатран (продакса), ривароксабан (ксарелто)? Последний прием _____		
20. Устанавливался ли ранее диагноз опухоли (любой локализации)?		

Дата (дд/мм/год)_____ Время (чч:мм)_____
 Врач (ФИО): _____ / _____

СКРИНИНГОВОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ГЛОТАНИЯ**Пациент РАЗБУЖЕН и ПОСАЖЕН:** Дата: ____ / ____ / ____

Шкала NRS 2002 (Nutritional risk screening 2002)

Блок 1 – Первичная оценка пациента		
Индекс массы тела менее 20,5	Да	Нет
Больной потерял массу тела за последние 3 месяца	Да	Нет
Имеется недостаточное питание за последнюю неделю	Да	Нет
Состояние больного тяжёлое (или находится в отделении реанимации и интенсивной терапии)	Да	Нет
Все ответы отрицательные – отсутствие нарушений нутритивного статуса Хотя бы один положительный ответ «Да» – перейти к оценочному блоку 2		
Блок 2 – Финальная оценка		
Питательный статус		
Потеря массы более 5% за последние 3 месяца или потребление пищи в объёме 50-75% от нормальной в предшествующую неделю	1 балл	
Потеря массы более 5% за последние 2 месяца или ИМТ 18,5-20,5 + плохое самочувствие или потребление пищи в объёме 25-60% от нормальной в предшествующую неделю	2 балла	
Потеря массы более 5% за последний 1 месяц (более 15% за 3 месяца) или ИМТ менее 18,5 + плохое самочувствие или потребление пищи в объёме 0-25 % от нормальной потребности в предшествующую неделю	3 балла	
Тяжесть заболевания – повышенные потребности в нутриентах		
Онкологическое заболевание, перелом шейки бедра, цирроз печени, ХОБЛ, хронический гемодиализ, диабет	1 балл	
Радикальная абдоминальная хирургия, инсульт, тяжёлая пневмония, гемобластоз	2 балла	
Черепно-мозговая травма, трансплантация костного мозга, интенсивная терапия (APACHE-II > 10)	3 балла	
Если возраст больного 70 лет и более, то необходимо добавить ещё один балл к общей сумме	1 балл	
ИТОГ		
Если сумма баллов по шкале NRS 2002 составляет не менее 3, то проводится оценка критериев питательной недостаточности с использованием лабораторных и клинических показателей		

Степени выраженности питательной недостаточности

Степени питательной недостаточности	Лёгкая	Средняя	Тяжёлая
Альбумин, г\л	35-30	30-25	< 25
Общий белок, г\л	60-55	55-50	< 50
Лимфоциты, клеток в мл ³	1800-1500	1500-800	< 800
Дефицит массы, % от ИМТ (рост-100)	11-10 %	21-30 %	> 30 %
Индекс массы тела, кг\м ²	19-17,5	17,5-15,5	<15,5

Критерии классификации TOAST для определения патогенетического варианта ОНМК

Подтип инфаркта мозга	Критерии
Атеротромботический	<p>Атеросклероз крупных артерий. Диагносцируют у пациентов с ипсилатеральным пораженному полушарию стенозом более 50% или окклюзией одной из магистральных артерий головы. Критерии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Клиническая картина соответствует поражению коры головного мозга (афазия, двигательные нарушения и др.) или мозжечка; 2. В анамнезе - ТИА в аффектированном артериальном бассейне; 3. По данным КТ/ МРТ-исследований - повреждение коры головного мозга, мозжечка или субкортикальный полушарный инфаркт более 1,5 см в диаметре; 4. По данным ДС БЦА или ангиографии - стеноз более 50% или окклюзия интра-/ экстракраниальной артерии ипсилатеральной пораженному полушарию; 5. Исключены потенциальные источники кардиогенной эмболии; 6. Диагноз атеротромботического патогенетического подтипа не может быть установлен, если изменения артерий минимальны/ отсутствуют.

Индекс мобильности Ривермид

№	Навык	Вопрос
0	Пациент обездвижен	Какие движения есть у пациента в течение дня?
1	Повороты в кровати	Можете ли вы повернуться со спины на бок без постоянной помощи?
2	Переход из положения лежа в положение сидя	Можете ли вы из положения лежа самостоятельно сесть на край постели?
3	Удержание равновесия в положении сидя	Можете ли вы сидеть на краю постели без поддержки в течение 10 секунд?
4	Переход из положения сидя в положение стоя	Можете ли вы встать (с любого стула) менее чем за 15 секунд и удерживаться в положении стоя около стула 15 секунд (с помощью рук или, если требуется с помощью вспомогательных средств)?
5	Стояние без поддержки	Наблюдают, как больной без опоры простоит 10 секунд.
6	Перемещение	Можете ли вы переместиться с постели на стул и обратно без какой-либо помощи?
7	Ходьба по комнате, в том числе с помощью вспомогательных средств, если это	Можете ли вы пройти 10 метров, используя при необходимости вспомогательные средства, но без помощи постороннего лица?

	необходимо.	
8	Подъем по лестнице	Можете ли вы подняться по лестнице на один пролет без посторонней помощи?
9	Ходьба за пределами квартиры (по ровной поверхности)	Можете ли вы ходить за пределами квартиры, по тротуару без посторонней помощи?
10	Ходьба по комнате без применения вспомогательных средств	Можете ли вы пройти 10 метров в пределах квартиры без костыля, ортеза и без помощи другого лица?
11	Поднятие предметов с Пола	Если вы уронили что-то на пол, можете ли вы пройти 5 метров, поднять предмет, который вы уронили, и вернуться обратно?
12	Ходьба за пределами квартиры (по неровной поверхности)	Можете ли вы без посторонней помощи ходить за пределами квартиры по неровной поверхности (трава, гравий, снег и т.п.)?
13	Прием ванны	Можете ли вы войти в ванну (душевую кабину) и выйти из нее без присмотра, вымыться самостоятельно?
14	Подъем и спуск на 4 Ступени	Можете ли вы подняться на 4 ступени и спуститься обратно, не опираясь на перила, но, при необходимости, используя вспомогательные средства?
15	Бег	Можете ли вы пробежать 10 метров не прихрамывая, за 4 секунды (допускается быстрая ходьба)?

Критерии отбора для ВСТЭ при ишемическом инсульте в передних отделах артериального круга большого мозга в сроке 6-24 часа

Показания:

1. Окклюзия ВСА или СМА М1,
2. возраст 18-90 лет,
3. NIHSS ≥ 10 баллов

Обследование:

МР-диффузия и/или МРТ/РКТ-перфузия для оценки величины ядра и пенумбр - объем несовпадения ≥ 15 мл или отношение объема ишемизированной ткани к объему ядра ишемии $\geq 1,8$ при

Возраст, годы	Степень тяжести по шкале NIHSS	Объем ядра ишемии, куб. см
≥ 80	≥ 10	< 21
< 80	≥ 10	< 50

Расчет РКТ/МРТ-показателей оптимально проводить с применением программы RAPID или по сопоставимой методике.

Под объемом несовпадения понимают разницу между объемом ядра ишемии и объемом зоны поражения с $T_{max} > 6$ сек.

Если МР-перфузия выполнена неадекватно, объем ядра ишемии при МР-диффузии < 25 мл является достаточным критериям включения без оценки объема несовпадения или отношения.

Ядро ишемии при РКТ-перфузии определяется как зона снижения rCBF < 30 % (в сравнении с контрлатеральной зоной).

Модифицированная шкала восстановления перфузии при ишемическом инсульте

Балл mTICI	Определение
0	Отсутствие перфузии
1	Антеградная реперфузия дистальнее места первоначальной окклюзии с ограниченным заполнением дистальных ветвей с небольшой или медленной дистальной реперфузией
2а	Антеградная реперфузия менее чем половины ранее ишемизированной территории окклюзированной целевой артерии (одной крупной ветви СМА и ее территории)
2б	Антеградная реперфузия более чем половины ранее ишемизированной территории окклюзированной целевой артерии (двух крупных ветвей СМА и их территорий)
2с	Практически полная реперфузия с замедленным кровотоком в дистальных ветвях или с развитием дистальной эмболии в единичные дистальные ветви
3	Полная антеградная реперфузия ранее ишемизированной территории окклюзированной целевой артерии с отсутствием визуализируемой окклюзии во всех дистальных ветвях

Утверждено
распоряжением министерства
здравоохранения
Кировской области
от 03.10.2025 № 789

Схема маршрутизации пациентов в кабинет антикоагулянтной терапии

1. Антикоагулянтный кабинет (далее - Кабинет) организуется на базе кардиологического кабинета кардиологического диспансера КОГКБУЗ «Центр кардиологии и неврологии» в целях обеспечения повышения эффективности и безопасности антикоагулянтной терапии, улучшения качества и прогноза жизни пациентов, нуждающихся в длительной или пожизненной антикоагулянтной и сложной антиагрегантной терапии

2. Кабинет в своей деятельности руководствуется современными клиническими рекомендациями, нормативными правовыми актами Минздрава России, иными организационно-распорядительными документами.

3. Деятельность Кабинета осуществляется во взаимодействии со всеми структурными подразделениями КОГКБУЗ «Центр кардиологии и неврологии», медицинскими организациями Кировской области, Федеральными учреждениями Минздрава России.

4. Задачами кабинета является:

оказание специализированной консультативной помощи пациентам с высоким риском возникновения тромбозов и тромбоэмболий,

индивидуальный подбор сложных схем антиагрегантной и антикоагулянтной терапии,

повышение информированности и приверженности к лечению анти-тромботическими препаратами среди пациентов и медицинских работников по основным вопросам антикоагулянтной терапии,

своевременная коррекция отклонений значений МНО от целевого диапазона гипокоагуляции,

разработка плана ведения пациентов со сложными схемами антитромботической терапии,

консультативная помощь врачам, осуществляющим первичную медико-санитарную помощь пациентам с нарушениями гемостаза,

динамическое наблюдение за пациентами с нарушениями гемостаза в рамках первичной и вторичной профилактики.

5. Направление пациентов в Кабинет осуществляется при наличии показаний.

При направлении пациента в Кабинет необходимо наличие направления с указанием:

цели консультации,

основного и сопутствующих заболеваний,

результатов лабораторных (ОАК, ОАМ, МНО, ХС, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, глюкоза, креатинин, АСТ, АЛТ, ТТГ, калий, натрий плазмы крови, Д-димер) и инструментальных (Эхо-КГ, Доплер вен нижних конечностей, УЗИ брюшной полости) исследований,

проводимого лечения

6. Прием пациентов осуществляется по предварительной записи в электронной регистратуре из областных государственных медицинских организаций в соответствии с распоряжением министерства здравоохранения Кировской области от 30.01.2024 № 47 «Об организации записи на прием к врачу в областных государственных медицинских организациях в областных государственных медицинских организациях» при наличии направления врача. Запись осуществляется медицинским работником.

Показания для направления граждан в антикоагулянтный кабинет

1. Сложности подбора антитромботической (антиагрегантной, антикоагулянтной) терапии, в том числе, необходимость назначения комбинированной антитромботической терапии.

2. Пациенты, получающие варфарин, имеющие геморрагические осложнения или повторные сосудистые события. Пациенты с лабильным МНО, пациенты недостигающие целевых значений МНО.

3. Пациенты, получающие прямые оральные антикоагулянты, имеющих геморрагические осложнения или повторные сосудистые события.

4. Неопределенные причины тромбоэмбологических осложнений, требующих верификации причин сосудистых событий (в координации с мультидисциплинарной командой врачей).

Утверждена
распоряжением министерства
здравоохранения
Кировской области
от 03.10.2025 № 789

Схема маршрутизации пациентов в региональный центр атеросклероза и нарушений липидного обмена

1. Региональный центр атеросклероза и нарушений липидного обмена (далее - Центр) организован на базе кардиологического диспансера КОГКБУЗ «Центр кардиологии и неврологии» с целью обеспечения специализированной консультативно-диагностической помощью пациентов с тяжелыми нарушениями липидного обмена, включая наследственные формы нарушений липидного обмена; ранний и/или агрессивно протекающий атеросклероз; доказанную непереносимость липидснижающей терапии.

2. Функции центра:

2.1. Организация и ведение регистра пациентов с семейными формами нарушений липидного обмена и с доказанной непереносимостью статинов;

2.2. Внедрение новых методов диагностики и лечения тяжелых нарушений липидного обмена в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями;

2.3. Динамическое наблюдение за пациентами с тяжелыми нарушениями липидного обмена с целью достижения целевых значений липидного профиля в рамках первичной и вторичной профилактики;

2.4. Разработка и внедрение обучающих пособий для врачей и пациентов, проведение школ для пациентов, направленных на повышение их информированности и приверженности к гиполипидемической терапии.

3. Направление пациентов в Центр осуществляется при наличии показаний. При направлении пациента в Центр необходимо наличие направления с указанием цели консультации, диагнозов основного и сопутствующих заболеваний, результатов лабораторных исследований сроком не более 14 дней (холестерин, липопротеиды низкой и высокой плотности, триглицериды, глюкоза, креатинин, АСТ, АЛТ, тиреотропный гормон), результата ультразвукового исследования брахиоцефальных сосудов (срок не более 3 месяцев), проводимого лечения.

4. Прием пациентов осуществляется по предварительной записи из областных государственных медицинских организаций в соответствии с распоряжением министерства здравоохранения Кировской области от 30.01.2024 № 47 «Об организации записи на прием к врачу в областных

государственных медицинских организациях в областных государственных медицинских организациях».

Показания для направления пациентов в региональный центр атеросклероза и нарушений липидного обмена

1. Уровень общего холестерина венозной крови >10 ммоль/л и/или уровень ХС ЛНП венозной крови $>7,5$ ммоль/л, и/или уровень триглицеридов венозной крови >10 ммоль/л;
2. Уровень общего холестерина венозной крови $>8,0$ ммоль/л и/или уровень ХС ЛНП венозной крови $>5,0$ ммоль/л и/или уровень триглицеридов $>5,0$ ммоль/л и/или уровень липопротеида(а) >50 мг/дл в сочетании с семейным анамнезом раннего (до 55 лет у мужчин, до 60 лет у женщин) ССЗ атеросклеротического генеза (ишемическая болезнь сердца, в том числе перенесенный инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, атеросклеротическое заболевание брахиоцефальных/периферических артерий со значимым стенозированием сосудов);
3. Ранний персональный анамнез (до 40 лет) ССЗ атеросклеротического генеза;
4. Недостижение целевых значений атерогенных показателей липидного профиля {ХС ЛНП, ТГ, лп(а)} в категории пациентов очень высокого сердечнососудистого риска как в зоне первичной, так и вторичной профилактики, согласно КР на фоне гиполипидемической терапии в максимально переносимых дозах длительностью не менее 3 месяцев или при ее непереносимости, в том числе для определения показаний к инициации инновационной гиполипидемической терапии и/или эфферентным методам коррекции нарушений липидного обмена.
5. Пациенты с непереносимостью липидснижающей терапии из-за развития побочных эффектов.
6. Коморбидные пациенты с множественными сопутствующими заболеваниями, вызывающими сложности при назначении липидемической терапии.

Утверждено
распоряжением министерства
здравоохранения
Кировской области
от 03.10.2025 № 789

Схема маршрутизации пациентов в кабинет лечения резистентной артериальной гипертензии

1. Кабинет лечения резистентной артериальной гипертензии (далее - Кабинет) организован на базе кардиологического диспансера КОГКБУЗ «Центр кардиологии и неврологии» в целях своевременной диагностики и лечения резистентной артериальной гипертензии.

2. Задачи Кабинета:

2.1. Оказание консультативной и лечебно-профилактической помощи амбулаторным пациентам со злокачественной и/или резистентной артериальной гипертензией, беременным женщинам с артериальной гипертензией в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями.

2.2. Разработка плана обследования и лечения, проведение диспансерного наблюдения за пациентами с резистентной артериальной гипертензией, беременными женщинами с артериальной гипертензией.

2.3. Ведение регистра пациентов с резистентной артериальной гипертензией.

2.4. Консультативная помощь врачам первичного звена.

2.5. Отбор и подготовка пациентов с резистентной артериальной гипертензией для оказания специализированной, в том числе, высокотехнологичной медицинской помощи.

3. Направление пациентов в Кабинет осуществляется при наличии показаний.

4. При направлении пациента в Кабинет необходимо наличие направления с указанием:

4.1. цели консультации, краткого анамнеза гипертензии с описанием проводимого ранее лечения.

4.2. Результатов лабораторных исследований (срок не более 14 дней): общий анализ крови, общий анализ мочи, качественная оценка протеинурии тест-полоской или отношение альбумин-креатинин в разовой порции мочи, холестерин, липопротеиды низкой и высокой плотности, триглицериды, глюкоза, креатинин, скорость клубочковой фильтрации, мочевая кислота, АСТ, АЛТ, тиреотропный гормон, свободный Т4, калий и натрий плазмы крови.

4.3. Результатов инструментальных исследований: ЭКГ в 12 отведениx (срок не более 1 месяца), ЭхоКГ, УЗИ сосудов шеи, УЗИ брюшной полости и почек с надпочечниками), осмотр глазного дна (фундоскопия) (срок не более 3 месяцев).

4.4. Беременным женщинам необходимо иметь при себе обменную карту с результатами анализов и данными измерений артериального давления на приеме.

5.Прием пациентов осуществляется по предварительной записи.

Показания для направления пациентов в кабинет лечения резистентной артериальной гипертензии

1. Пациенты, соблюдающие мероприятия по изменению образа жизни, получающие лечение с использованием оптимальных (максимально переносимых) доз трех и более лекарственных препаратов, включая ингибитор АПФ или блокатор ATI - рецепторов, антагонист кальция и диуретик, с высокой приверженностью к проводимой терапии, но не достигшие целевых уровней артериального давления и/или с частыми гипертоническими кризами.

2. Пациенты со злокачественным течением артериальной гипертензии, с быстрым прогрессированием поражения органов-мишеней.

3. Пациенты с подозрением на симптоматическую артериальную гипертензию.

4. Беременные женщины, имеющие повышенное артериальное давление, нуждающиеся в консультации и наблюдении кардиолога

Утверждена
распоряжением министерства
здравоохранения
Кировской области
от 03.10.2025 № 789

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

1. Перечень медицинских организаций Кировской области, осуществляющих выявление стенотического поражения экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий методами скринингового ультразвукового обследования и/или компьютерно-томографической ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий

КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница»
 КОГКБУЗ «Центр кардиологии и неврологии»
 КОГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи»
 КОГБУЗ «Кировский клинико-диагностический центр»
 КОГБУЗ «Кировская городская больница №2»
 КОГБУЗ «Кировская городская больница №5»
 КОГБУЗ «Кировская клиническая больница №7 им. В.И. Юрловой»
 КОГБУЗ «Кировская городская больница №9»
 КОГБУЗ «Слободская центральная районная больница им. академика А.Н. Бакулева»
 КОГБУЗ «Советская центральная районная больница»
 КОГБУЗ «Вятскополянская центральная районная больница»
 КОГБУЗ «Кирово-Чепецкая центральная районная больница»
 ФБУЗ МСЧ №52 ФМБА России
 КОГБУЗ «Подосиновская центральная районная больница им. Н.В. Отрокова»
 КОГБУЗ «Юрьянская центральная районная больница»
 КОГБУЗ «Котельничская центральная районная больница»
 КОГБУЗ «Белохолуницкая центральная районная больница»
 КОГБУЗ «Омутнинская центральная районная больница»
 КОГБУЗ «Верхнекамская центральная районная больница»
 КОГБУЗ «Яранская центральная районная больница»
 КОГБУЗ «Уржумская центральная районная больница»
 КОГБУЗ «Нолинская центральная районная больница»
 КОГБУЗ «Малмыжская центральная районная больница»

2. Перечень государственных учреждений здравоохранения Кировской области, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий

КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница»

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

3.1. Скрининговое ультразвуковое обследование брахиоцефальных артерий с целью выявления окклюзионно-стенотического поражения брахиоцефальных артерий осуществляется в медицинских организациях Кировской области, указанных в пункте 1 настоящего приложения.

3.2. Показаниями для проведения скринингового ультразвукового обследования брахиоцефальных артерий являются:

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

- пациент в возрасте старше 50 лет без наличия в анамнезе острых церебральных событий, но имеющий факторы риска наличия атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий: облитерирующего атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей, ишемической болезни сердца, аневризматического расширения грудного или брюшного отдела аорты, аускультативно выслушиваемого шума над сонными артериями, дополнительных факторов риска развития атеросклероза брахиоцефальных артерий (сахарный диабет, гиперлипидемия, отягощенный артериальный анамнез).

- в рамках второго этапа диспансеризации при наличии комбинации трех факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний у мужчин в возрасте от 45 до 72 лет включительно и женщин в возрасте от 54 до 72 лет включительно: повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела или ожирение.

3.3. Направление пациентов на ультразвуковое обследование брахиоцефальных артерий с целью выявления окклюзионно-стенотического поражения брахиоцефальных артерий должно осуществляться врачами-специалистами амбулаторно-поликлинического этапа при наличии медицинских показаний согласно подпункта 3.2 приложения.

3.3. В соответствии с установленными показаниями пациентам с выявленным по данным скринингового ультразвукового обследования окклюзионно-стенотическим поражением экстракраниальных отделов

брахиоцефальных артерий проводится компьютерно-томографическая ангиография брахиоцефальных и церебральных артерий.

3.4. Показаниями для проведения компьютерно-томографической ангиографии являются:

- стеноз внутренней сонной артерии $\geq 50\%$ (по европейской методике измерения, ECST) по данным ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий при наличии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт в бассейне внутренней сонной артерии);

- стеноз внутренней сонной артерии $\geq 70\%$ (по европейской методике измерения, ECST) по данным ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий при отсутствии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторной ишемической атаки или ишемического инсульта в бассейне внутренней сонной артерии);

- стеноз VI сегмента позвоночной артерии $\geq 60\%$ (по европейской методике измерения, ECST) по данным ультразвукового обследования брахиоцефальных артерий при наличии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт в вертебробазилярном бассейне);

- выявленная окклюзия просвета брахиоцефальной артерии по данным ультразвукового исследования;

- наличие пролонгированной бляшки ($> 3,0$ см) в артерии, отсутствие возможности визуализации конца бляшки по данным ультразвукового обследования брахиоцефальных артерий;

- наличие в анамнезе данных о перенесенном внутричерепном кровоизлиянии, в том числе субарахноидальном кровоизлиянии, геморрагическом инсульте, травматическом кровоизлиянии;

3.5. Проведение компьютерно-томографической ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий осуществляется в МО, имеющих в наличии КТ с возможностью ангиографии.

3.6. По результатам проведенного обследования при наличии показаний пациент направляется на консультацию к врачу сердечно-сосудистому хирургу КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница».

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

- стеноз внутренней сонной артерии $\geq 50\%$ (по европейской методике измерения, ECST) по данным ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий или компьютерно-томографической ангиографии брахиоцефальных артерий, при наличии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт в бассейне внутренней сонной артерии);

- стеноз внутренней сонной артерии $\geq 70\%$ (по европейской методике измерения, ECST) по данным ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий или компьютерно-томографической ангиографии брахиоцефальных артерий, при отсутствии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторной ишемической атаки или ишемического инсульта в бассейне внутренней сонной артерии). Окклюзия внутренней сонной артерии при наличии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт в бассейне внутренней сонной артерии) требует консультации врача сердечно-сосудистого хирурга.

- стенозы VI сегмента позвоночных артерий $\geq 60\%$ при наличии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт в вертебробазилярном бассейне);

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

3.8. Направление на консультацию к врачу сердечно-сосудистому хирургу оформляется в электронном виде в КМИС.

3.9. По результатам консультации пациента врачом сердечно-сосудистым хирургом принимается решение о проведении оперативного лечения в стационарных условиях КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница». При отсутствии медицинских показаний к оперативному лечению пациенты возвращаются под наблюдение врачей-специалистов амбулаторно-поликлинического этапа и ведутся с учетом рекомендаций сосудистого хирурга.

4. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий на этапе оказания специализированной медицинской помощи

4.1. Показания для проведения хирургического лечения:

- бессимптомные пациенты со стенозами от 70 до 99%, если операционный риск составляет менее 3%.

- пациенты со стенозами от 70 до 99% и ТИА или ИИ в анамнезе, если операционный риск составляет менее 6%.

- пациенты со стенозами от 60% и ТИА или ИИ в анамнезе, если операционный риск составляет менее 3%. Общая летальность не должна превышать 2%.

- пациенты со стенозом ВСА от 50 до 60% с учетом морфологической нестабильности атеросклеротической бляшки (изъязвление, кровоизлияние в бляшку, флотация интимы, пристеночный тромб) с учетом неврологической

симптоматики – ТИА или инсульт в течение последних 6 месяцев.

Рекомендуется пациентам с ИИ или ТИА и показаниями к проведению каротидной

реваскуляризации выполнение оперативного лечения в срок 14 дней после ишемического события (если нет противопоказаний к ранней операции) с целью профилактики повторного инсульта.

Ранняя КЭАЭ показана при соблюдении следующих условий: mRS 0–2 балла, область инфаркта < 1/3 бассейна СМА, отсутствие нарушения сознания при ИИ. При несоблюдении данных условий целесообразно выполнить КЭАЭ отсрочено (более одного месяца).

При рецидивирующих ипсолатеральных ТИА в бассейне пораженной ВСА, в частности при ТИА «крещендо» (3 и более ТИА в течение 7 дней), целесообразна срочная КЭАЭ в течение 24 ч.

4.2. При выявлении у пациентов, находящихся на стационарном лечении в РСЦ и ПСО Кировской области, включенные в подпункт 4.1. приложения, показаний для проведения вмешательства на экстракраниальных отделах церебральных артерий проводится консультация сосудистого хирурга, в том числе с использованием телемедицины. Хирургическое лечение проводится в КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница».

4.3. Пациентам с острыми ишемическими церебральными событиями (транзиторной ишемической атакой или ишемическим инсультом в бассейне внутренней сонной артерии), находящимся на стационарном лечении в ПСО, при отсутствии в них соответствующих профильных отделений организуется консультация врача сердечно-сосудистого хирурга КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница», в том числе с использованием телемедицины.

4.4. Перевод пациентов между государственными медицинскими организациями Кировской области осуществляется силами учреждения, где находится пациент.

4.5. При выявлении у пациентов, находящихся на стационарном лечении в государственных учреждениях здравоохранения Кировской области, не включенных в приложение 1 к настоящему приказу, показаний для проведения реконструктивных вмешательств на экстракраниальных отделах церебральных артерий, им должно быть рекомендовано обратиться в медицинские организации, к которым они прикреплены для получения первичной медико-санитарной помощи, в целях направления на консультации в КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница».

Утверждено
распоряжением министерства
здравоохранения
Кировской области
от 03.10.2025 № 789

Схема маршрутизации пациентов с врожденными и приобретенными пороками клапанов сердца

1. Организация оказания медицинской помощи пациентам с врожденными и приобретенными пороками клапанов сердца (далее - ВиППКС) осуществляется на основе соответствующих клинических рекомендаций.

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

3. Медицинскую помощь в стационарных условиях оказывает КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница», в структуре которой организованы отделение ССХ (кардиохирургии), имеется возможность выполнения операций протезирования/реконструкции клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения, а также отделение рентгенохирургических методов диагностики лечения:

Оказание первичной, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи пациентам с ВиППКС осуществляется медицинскими работниками со средним медицинским образованием, врачами-терапевтами-участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-кардиологами, врачами и фельдшерами выездных бригад СМП.

При подозрении на ВиППКС, выявлении клинических признаков ВиППКС лечащий врач организует направление пациента на ЭХОКГ. При необходимости выполнения повторного ЭХОКГ экспертного класса пациент с подозрением на ВиППКС направляется в КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница». Специалист, оказывающий первичную медико-санитарную помощь, организует запись пациента непосредственно на консультацию к врачу-кардиологу и оформляет необходимые документы.

Специалистом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, проводится оценка показаний к госпитализации у пациентов с подозрением на наличие, впервые выявленным или с ранее установленным ВиППКС.

При отсутствии медицинских показаний к оказанию медицинской помощи в стационарных условиях пациента направляют в кардиологический

кабинет медицинской организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Сроки проведения консультаций врачей-специалистов не должны превышать норматив, установленный программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год.

При подтверждении диагноза ВиППКС врачом-кардиологом организуется консультация врача сердечно-сосудистого хирурга КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница», в том числе с применением телемедицинских технологий.

При отсутствии возможности проведения необходимых инструментальных исследований по месту жительства, пациент направляется для обследования в другие медицинские организации.

В случае наличия медицинских показаний и отсутствия возможности проведения на территории Кировской области отдельных видов обследования пациенты с ВиППКС направляются в федеральные государственные бюджетные учреждения Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – ФГБУ).

Решение о необходимости направления больного для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи принимается врачебной комиссией медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, с привлечением при необходимости врачей-специалистов разных профилей. Медицинская документация направляется на врачебную комиссию «КОГБУЗ Кировская областная клиническая больница»

При наличии медицинских показаний и отсутствия возможности проведения на территории Кировской области отдельных видов оперативного лечения пациенты с ВиППКС направляются в ФГБУ.

После проведения выполненного хирургического лечения специалист, оказывающий первичную медико-санитарную помощь (лечащий врач), организует направление пациента с ВиППКС на реабилитационные мероприятия, диспансерное наблюдение.