



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧУКОТСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА

П Р И К А З

от 22 октября 2025 года

№ 880

г. Анадырь

**О маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в
Чукотском автономном округе**

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 г. № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», с целью улучшения качества оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Чукотском автономном округе,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Порядок маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Чукотском автономном округе согласно приложению №1 к настоящему приказу (далее – Порядок маршрутизации);

1.2. Перечень ответственных лиц, их полномочия, зоны ответственности и механизмы контроля соблюдением Регионального Порядка маршрутизации пациентов с ССЗ, в соответствии с приложением №2 к настоящему приказу;

1.3. Перечень МО, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных, стационарных условиях пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Чукотского автономного округа, согласно приложению №3 к настоящему приказу;

1.4. Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в экстренной, неотложной и плановой формах, согласно приложению №4 к настоящему приказу;

1.5. Реабилитационные мероприятия и санаторно-курортное лечение при сердечно-сосудистых заболеваниях, согласно приложению №5 к настоящему приказу;

1.6. Льготные лекарственные препараты для отдельных категорий пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, согласно приложению №6 к настоящему приказу;

1.7. Регламент маршрутизации на проведение отдельных видов исследований сердечно-сосудистой системы, согласно приложению №7 к настоящему приказу;

1.8. Схема маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, согласно приложению №8 к настоящему приказу;

1.9. Алгоритм маршрутизации и приоритетной медицинской эвакуации пациентов с острым коронарным синдромом, согласно приложению №9 к настоящему приказу;

1.10. Регламент маршрутизации пациентов с нарушениями ритма сердца и проводимости согласно приложению №10 к настоящему приказу;

1.11. Алгоритм диагностики и оказания помощи на догоспитальном этапе при аортальном синдроме. Регламент маршрутизации пациентов с острым аортальным синдромом согласно приложению №11 к настоящему приказу;

1.12. Алгоритм диагностики и оказания помощи на догоспитальном этапе при острой ишемии конечностей. Регламент маршрутизации пациентов с острой ишемией конечностей, согласно приложению №12 к настоящему приказу;

1.13. Алгоритмы стратификации рисков, диагностики и оказания помощи на догоспитальном этапе при тромбоэмболии легочной артерии. Регламент маршрутизации пациентов с тромбоэмболией легочной артерии согласно приложению №13 к настоящему приказу;

1.14. Регламент маршрутизации пациентов с врожденными и приобретенными пороками клапанов сердца согласно приложению №14 к настоящему приказу;

1.15. Схему маршрутизации при остром нарушении мозгового кровообращения согласно приложению №15 к настоящему приказу;

1.16. Алгоритм взаимодействия структурных подразделений медицинской организации при ОКС, ОНМК согласно приложению №16 к настоящему приказу;

1.17. Схему персонифицированной системы учета пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (региональный регистр больных), в том числе после высокотехнологичных вмешательств, согласно приложению №17 к настоящему приказу;

1.18. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам при остром коронарном синдроме на догоспитальном этапе, согласно приложению №18 к настоящему приказу;

1.19. Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия при ОКС согласно приложению №19 к настоящему приказу;

1.20. Алгоритм оказания медицинской помощи при остром нарушении мозгового кровообращения на догоспитальном этапе согласно приложению №20 к настоящему приказу;

1.21. Алгоритм оказания медицинской помощи при ОНМК на **госпитальном этапе** согласно приложению №21 к настоящему приказу;

1.22. Алгоритм направления пациентов при ОНМК на получение реабилитационной/паллиативной помощи при выписке из стационара на основании/ШРМ согласно приложению №22 к настоящему приказу;

1.23. Алгоритм направления пролеченных в ПСО на оказание помощи при поражении БЦА согласно приложению №23 к настоящему приказу;

1.24. Регламент маршрутизации пациентов со стенотическим поражением брахиоцефальных артерий согласно приложению №24 к настоящему приказу;

1.25. Алгоритм оказания медицинской помощи при хронической сердечной недостаточности согласно приложению №25 к настоящему приказу;

1.26. Алгоритм направления пациентов с предполагаемой или подтвержденной ХСН для проведения отдельных видов диагностических исследований, в том числе в профильных федеральных центрах согласно приложению №26 к настоящему приказу;

1.27. Алгоритм преемственности стационарного и амбулаторного лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями согласно приложению №27 к настоящему приказу;

1.28. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий на этапе оказания стационарной медицинской помощи согласно приложению №28 к настоящему приказу;

1.29. Алгоритм организации выявления на уровне фельдшерско-акушерского пункта, врачебной амбулатории и участковой больницы пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями согласно приложению №29 к настоящему приказу;

1.30. Формы мониторинга ГВС индикативных показателей, согласно приложению №30 к настоящему приказу;

1.31. Регламент маршрутизации пациентов в кабинеты антикоагулянтной терапии согласно приложению №31 к настоящему приказу;

1.32. Регламент маршрутизации пациентов с нарушением липидного обмена согласно приложению №32 к настоящему приказу;

1.33. Регламент проведения телемедицинских консультаций согласно приложению №32 к настоящему приказу.

2. Исполняющему обязанности руководителя (главного врача) Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Чукотская окружная больница» (Рамазанова Э.А.):

2.1. Назначить заместителя главного врача, ответственного за реализацию мероприятий по организации медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями;

2.2. Обеспечить оказание медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и, неукоснительным соблюдением требований приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации:

- от 15.11.2012 г. № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями»;

- от 15 ноября 2012 г. № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения»;

- от 15 мая 2012 года № 543н «Об утверждении положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

2.3. Обеспечить организацию оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в соответствии с Порядком маршрутизации, утвержденной настоящим приказом;

2.4. Обеспечить проведение телемедицинских консультаций между ГБУЗ «Чукотская окружная больница» и профильными федеральными медицинскими организациями по диагностике и лечению;

2.5. Усилить меры по:

- выявлению лиц с риском возникновения сосудистых заболеваний в медицинских учреждениях согласно алгоритму организации выявления пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, на уровне фельдшерско-акушерского пункта;
- проведению первичной и вторичной профилактики с учетом результатов проведенной диспансеризации определенных групп взрослого населения;
- организации диспансерного наблюдения за пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями;
- направлению на медицинскую реабилитацию пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями;

2.6. Обеспечить регулярное информирование населения по средствам наглядной агитации, санитарно-просветительской работы, средств массовой информации (радио, телевидение, интернет, в том числе публикации в газете «Крайний Север») о первых признаках сосудистых заболеваний и необходимости своевременного обращения за медицинской помощью, в том числе о маршрутизации больных с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения;

2.7. Обеспечить круглосуточный режим работы подразделений ГБУЗ «Чукотская окружная больница» по оказанию консультативной и лечебно-диагностической медицинской помощи (в том числе по расшифровке ЭКГ при подозрении на ОКС для выездных бригад Скорой медицинской помощи и помощи в тактике ведения); оказание организационно-методической и консультативной помощи медицинским организациям I уровня;

2.8. Обеспечить проактивное регулярное консультирование, в том числе с применением телемедицинских технологий со специалистами ГБУЗ «Чукотская окружная больница», лечащего врача до стабилизации состояния пациента и возможности транспортировки, при невозможности перевода пациента с ОКС и ОНМК в ПСО;

2.9. Возложить персональную ответственность за выполнением пунктов 2.3.-2.8 на главного внештатного специалиста - кардиолога Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа (Шалгинова М.П.), главного внештатного специалиста - невролога Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа (Самдан Ч.Б.) и руководителей-главных врачей филиалов ГБУЗ «Чукотская окружная больница».

Руководителям государственных учреждений здравоохранения, оказывающих скорую медицинскую помощь, обеспечить:

оказание медицинской помощи в соответствии с алгоритмом оказания экстренной медицинской помощи при остром коронарном синдроме для скорой медицинской помощи, согласно приложению №8;

транспортировку пациентов с ОКС в соответствии со схемой маршрутизации;

своевременное заполнение и предоставление отчетных форм, утвержденных настоящим приказом;

ведение еженедельного мониторинга догоспитального тромболизиса;

заполнение формы мониторинга догоспитальной тромболитической терапии при ОКС со стойким подъемом сегмента ST для службы скорой медицинской помощи согласно приложению №14 и еженедельное, каждый понедельник, представление главному внештатному специалисту кардиологу Департамента

здравоохранения Чукотского автономного округа по адресу электронной почты kardiolog@hospital.chukotnet.ru;

Руководителям государственных учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную медицинскую помощь, организовать в срок до трех дней от момента выписки из стационара, постановку под диспансерное наблюдение и выписку рецепта на льготное лекарственное обеспечение пациентам, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка 40%, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний.

2.10. Направить в Департамент здравоохранения Чукотского автономного округа приказ ГБУЗ «Чукотская окружная больница» об организации оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в 10-дневный срок со дня издания.

3. Признать утратившим силу приказ Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа от 12.03.2024г. № 237 «О маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Чукотском автономном округе».

4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Начальник Департамента



П.А. Фадеев

ПОРЯДОК МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ЧУКОТСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ

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

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

Периодичность пересмотра Регионального Порядка маршрутизации в соответствии с паспортом Федерального проекта БССЗ с 2025 по 2030 год – ежегодно.

Нормативно-правовые основы, методические и справочные материалы, использованные при разработке настоящего Порядка

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Постановление Правительства РФ от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»;

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 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;

Распоряжение Правительства Чукотского автономного округа от 30.06.2025 № 301-рп «Об утверждении региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

1. Настоящий Порядок устанавливает правила оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в медицинских организациях (далее - медицинская помощь).

Оказание медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, осуществляется в медицинских организациях Чукотского автономного округа, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, специализированную медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности на соответствующие виды работ и услуг.

2. При подозрении или выявлении у больного сердечно-сосудистого заболевания (при отсутствии медицинских показаний к оказанию медицинской помощи в стационарных условиях), врачи-терапевты, врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-специалисты, средние медицинские работники, в установленном порядке направляют пациента для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи в кардиологический кабинет (далее – КК), согласно схемам территориального закрепления.

В случае отсутствия в медицинской организации кардиологического кабинета первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается в терапевтическом кабинете врачом-терапевтом участковым, прошедшим в установленном порядке повышение квалификации по специальности «кардиология».

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

Диспансерное наблюдение больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями осуществляется в соответствии с приказом Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа от 31.01.2025 года № 93 «Об организации диспансерного наблюдения за взрослым населением Чукотского автономного округа в 2025 году», в соответствии с приказом Министерством здравоохранения Российской Федерации 15.03.2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

Диспансерное наблюдение устанавливается в течение 3-х рабочих дней после: 1) установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях; 2) получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

3. При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний, врач-кардиолог/невролог КК направляет пациента в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «кардиология» или «сердечно-сосудистая хирургия», для проведения диагностических исследований, лечения (в том числе оперативного), а также в целях уточнения диагноза, в случае невозможности установления диагноза.

4. Специализированная медицинская помощь в условиях стационара пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями оказывается врачами - специалистами первичного сосудистого отделения стационара ГБУЗ «Чукотская окружная больница», первичного сосудистого отделения стационара ГБУЗ «Чукотская окружная больница» - филиал Чаунская районная больница и включает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации.

5. Специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Чукотского автономного округа не оказывается. Направление в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, осуществляется в соответствии с порядком утвержденным Постановлением Правительства Чукотского автономного округа от 23 мая 2017 г. №195 «Об утверждении Порядка по обеспечению доступности специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи населению».

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

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.

При наличии показаний к оказанию медицинской помощи с применением кардиохирургических, в том числе рентгенэндоваскулярных методов лечения, больной направляется в ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России г. Хабаровск, «НМИЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава России г. Москва.

6. Больные, получившие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, направляются для медицинской реабилитации в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации.

При наличии медицинских показаний для проведения санаторно-курортного лечения пациенту с сердечно-сосудистыми заболеваниями, врач-кардиолог/невролог или врач-терапевт организует направление пациента на санаторно-курортное лечение, в санаторно-курортные учреждения за пределы Чукотского автономного округа.

Порядок медицинского отбора и направления жителей Чукотского автономного округа на санаторно-курортное лечение утвержден приказом Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа от 24.09.2021г. №805 «Об утверждении порядка медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение».

При наличии медицинских показаний для проведения медицинской реабилитации пациенту с сердечно-сосудистыми заболеваниями, врач-кардиолог организует направление пациента на медицинскую реабилитацию в соответствии с приказом Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа от 30 декабря 2020 г. № 963 «О внедрении в медицинских организациях Чукотского автономного округа Порядка организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденного приказом Министерством здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н», в медицинскую организацию, имеющую коечный фонд по профилю «медицинская реабилитация».

7. Скорая медицинская помощь, больным, требующим срочного медицинского вмешательства, вне медицинской организации оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 ноября 2004 г. №179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи» и в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями.

Экстренная и неотложная медицинская помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, оказывается в условиях стационара ГБУЗ «Чукотская окружная больница». Пациенты, нуждающиеся в экстренной и неотложной медицинской помощи, по согласованию с врачом-кардиологом/неврологом, доставляются в ГБУЗ «Чукотская окружная больница» посредством санитарной авиации (фельдшерскими и врачебными выездными бригадами).

С учетом транспортно-логистических особенностей региона, пациенты, нуждающиеся в экстренной и неотложной медицинской помощи, могут быть госпитализированы в стационар ГБУЗ «Чукотская окружная больница» - филиал Билибинская районная больница, ГБУЗ «Чукотская окружная больница» - филиал Чаунская районная больница, ГБУЗ «Чукотская окружная больница» - филиал Иультинская районная больница, на реанимационные койки палаты интенсивной терапии, и в первичное сосудистое отделение ГБУЗ «Чукотская окружная больница» (г. Анадырь и г. Певек).

8. Медицинская помощь пациентам может быть оказана с применением телемедицинских технологий путем организации и проведения консультаций и (или) участия в консилиуме врачей, в соответствии с приказом Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа от 18.05.2021г. №439 «Об утверждении положения об организации оказания медицинской помощи в Чукотском автономном округе с применением телемедицинских технологий».

Телемедицинские консультации подразделяются по типам: «экстренная», «неотложная» или «плановая». Экстренная телемедицинская консультация проводится при заболеваниях и состояниях пациента, требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, проводятся от 30 минут до двух часов с момента поступления запроса.

С момента госпитализации для решения вопроса о дальнейшей тактике, при невозможности транспортировки больного, телемедицинская консультация осуществляется в первый час.

Неотложная телемедицинская консультация проводится при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента. Неотложные телемедицинские консультации проводятся в течение 3-х – 24-х часов с момента поступления запроса.

Плановая телемедицинская консультация проводится при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью. Плановые телемедицинские консультации проводятся в течение 5-ти рабочих дней с момента поступления запроса.

Решение вопросов консультирования производится заместителем главного врача по медицинской части ГБУЗ «Чукотская окружная больница» тел. 8 (42722) 2-32-23. При необходимости для решения экспертных вопросов привлекаются специалисты ГБУЗ «Чукотская окружная больница».

ГБУЗ «Чукотская окружная больница» осуществляет взаимодействие (в том числе телемедицинские консультации) со следующими НМИЦ:

- ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России (оказание специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи);
- ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России (оказание специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи);
- ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.И. Чазова» Минздрава России (оказание специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи);
- ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России г. Хабаровск (телемедицинские консультации, оказание специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи);

- «НМИЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава России г. Москва (оказание специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи).

Ответственным лицом за проведение телемедицинских консультаций с НМИЦ кардиологического профиля является врач кардиолог, заведующий ПСО ГБУЗ «Чукотская окружная больница» Шалгинова М.П. телефон (427 22) 2-32-38.

Приложение № 2
к приказу Департамента здравоохранения
Чукотского автономного округа
от «22» октября 2025г. № 880

Перечень ответственных лиц, их полномочия, зоны ответственности и механизмы контроля за соблюдением Порядка маршрутизации пациентов с ССЗ

Таблица 1

№ п/п	Зона ответственности	ФИО Должность	Полномочия и механизмы контроля
1.	Региональная программа «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями на 2025–2030 годы»	Радович Т.Ю. заместитель начальника Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа	Контроль соблюдения сроков актуализации РП, мониторинг исполнения задач, исполнения показателей РП
2.	Маршрутизация на проведение отдельных видов диагностических исследований сердечно-сосудистой системы	Шалгинова М.П. – главный внештатный специалист кардиолог	Контроль направления пациентов за пределы округа
3.	Маршрутизация пациентов с острым коронарным синдромом	Шалгинова М.П. – главный внештатный специалист кардиолог, Рамазанова Э.А. - И.о. главного врача ГБУЗ «Чукотская окружная больница»	Мониторинг доли 20-минутного доезда и последующих временных промежутков Мониторинг профильности госпитализации пациентов с ОКС, экспертиза случаев непрофильной госпитализации, телемедицинское сопровождение пациентов с ОКС, находящихся вне сети ПСО, согласование/организация

			переводов пациентов с ОКС в другие МО
4.	Маршрутизация пациентов с хронической сердечной недостаточностью	Шалгинова М.П. – главный внештатный специалист кардиолог, Рамазанова Э.А. - И.о. главного врача ГБУЗ «Чукотская окружная больница»	Работа с регистром пациентов ХСН, мониторинг отбора на ВМП,
5.	Маршрутизация пациентов с острым аортальным синдромом	Шалгинова М.П. – главный внештатный специалист кардиолог, Рамазанова Э.А. - И.о. главного врача ГБУЗ «Чукотская окружная больница»	Мониторинг качества оказания помощи пациентам с острым аортальным синдромом
6.	Маршрутизация пациентов с тромбозом легочной артерии	Шалгинова М.П. – главный внештатный специалист кардиолог, Рамазанова Э.А. - И.о. главного врача ГБУЗ «Чукотская окружная больница»	Мониторинг качества оказания помощи пациентам с тромбозом легочной артерии
7.	Маршрутизация пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения	Шалгинова М.П. – главный внештатный специалист кардиолог, Рамазанова Э.А. - И.о. главного врача ГБУЗ «Чукотская окружная больница»	Мониторинг доли 20-минутного доезда и последующих временных промежутков Мониторинг профильности госпитализации пациентов с ОКС, экспертиза случаев непрофильной госпитализации, телемедицинское сопровождение пациентов с ОКС, находящихся вне сети ПСО, согласование/организация переводов пациентов с ОКС в другие МО
8.	Маршрутизация пациентов со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий	Самдан Ч.Б. – главный внештатный специалист – невролог, Рамазанова Э.А. - И.о. главного врача ГБУЗ «Чукотская окружная больница»	Мониторинг качества оказания помощи пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий, в том числе отбор на хирургические методы лечения
9.	Маршрутизация пациентов в кабинеты антикоагулянтной	Шалгинова М.П. – главный внештатный специалист кардиолог, Рамазанова Э.А. - И.о. главного врача ГБУЗ «Чукотская окружная	Мониторинг качества оказания помощи пациентам, получающим антикоагулянтную

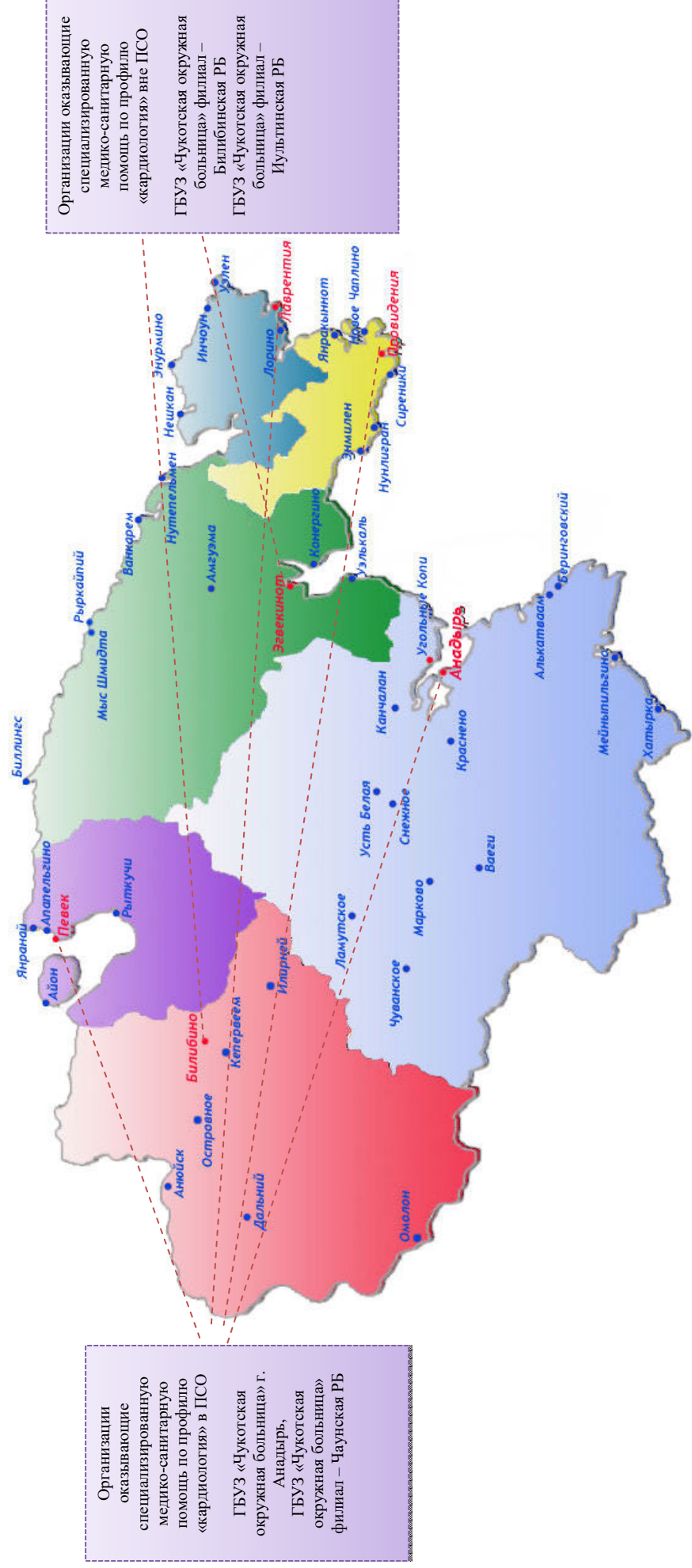
	терапии	больница»	терапию
10.	Маршрутизация пациентов с нарушением липидного обмена	Шалгинова М.П. – главный внештатный специалист кардиолог, Рамазанова Э.А. - И.о. главного врача ГБУЗ «Чукотская окружная больница»	Мониторинг качества оказания помощи пациентам с нарушением липидного обмена.
11.	Регламент проведения телемедицинских консультаций	Шалгинова М.П. – главный внештатный специалист кардиолог, Самдан Ч.Б. – главный внештатный специалист – невролог	Мониторинг количества проведенных ТМК между МО 1-2 уровня, экстренных/плановых, стационар/поликлиника. Информационная поддержка Мо по вопросам проведения ТМК при БСК.
12.	Маршрутизация пациентов с острой ишемией конечностей	Шалгинова М.П. – главный внештатный специалист кардиолог, Рамазанова Э.А. - И.о. главного врача ГБУЗ «Чукотская окружная больница»	Мониторинг качества оказания помощи пациентам с острой ишемией конечностей Мониторинг качества оказания помощи пациентам с нарушениями сердечного ритма, в том числе отбор на хирургические методы лечения, ВМП
13.	Маршрутизация пациентов с нарушениями сердечного ритма	Шалгинова М.П. – главный внештатный специалист кардиолог, Рамазанова Э.А. - И.о. главного врача ГБУЗ «Чукотская окружная больница»	Мониторинг качества оказания помощи пациентам с приобретенными пороками сердца, в том числе отбор на хирургические методы лечения, ВМП
14.	Маршрутизация пациентов с приобретенными пороками сердца	Шалгинова М.П. – главный внештатный специалист кардиолог, Рамазанова Э.А. - И.о. главного врача ГБУЗ «Чукотская окружная больница»	Сбор, консолидация, анализ информации о выполнении регламентов маршрутизации при БСК. Организационно-методическое сопровождение оказания медицинской помощи при БСК.

Перечень МО, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных, стационарных условиях пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Чукотского автономного округа

№ п/п	Наименование медицинской организации	Адрес	Тип структурного подразделения	Зоны ответственности	Вид оказания медицинской помощи	Форма оказания медицинской помощи	Условия оказания медицинской помощи	Профиль помощи (кардиология/неврология/ССХ)
1	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница»	689000, Чукотский автономный округ, г. Анадырь, ул. Ленина, д. 1	Поликлиника (прием врача-кардиолога, врача-невролога, врача-нейрохирурга, консилиум, ПСО	г. Анадырь Анадырский район Провиденский район, Чукотский район	Первичная медико-санитарная, специализированная, скорая	Экстренная, неотложная, плановая	Амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно	Кардиология Неврология ССХ
1.1	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница» филиал - Билибинская районная больница	689450, Чукотский автономный округ, Билибинский муниципальный район, г. Билибино, ул. Приисковая, д. 12	Поликлиника (прием врача-кардиолога, врача-невролога)	Билибинский район	Первичная медико-санитарная, специализированная, скорая	Экстренная, неотложная, плановая	Амбулаторно, стационарно	Кардиология Неврология

1.2	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница» филиал - Иультинская районная больница	689202, Чукотский автономный округ, городской округ Эгвекиног, ул. Ленина, д. 25	Поликлиника (прием врача-кардиолога, врача-невролога)	Иультинский район	Первичная медико-санитарная, специализированная, скорая	Экстренная, неотложная плановая	Амбулаторно, стационарно	Кардиология Неврология
1.3	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница» филиал - Чаунская районная больница	689400, Чукотский автономный округ, Чаунский муниципальный район, г. Певек, ул. Куваева, д. 17	Поликлиника (прием врача-кардиолога, врача-невролога), ПСО	Чаунский район	Первичная медико-санитарная, специализированная, скорая	Экстренная, неотложная плановая	Амбулаторно, стационарно	Кардиология Неврология

Схема территориального закрепления МО, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь пациентам с ССЗ в амбулаторных условиях

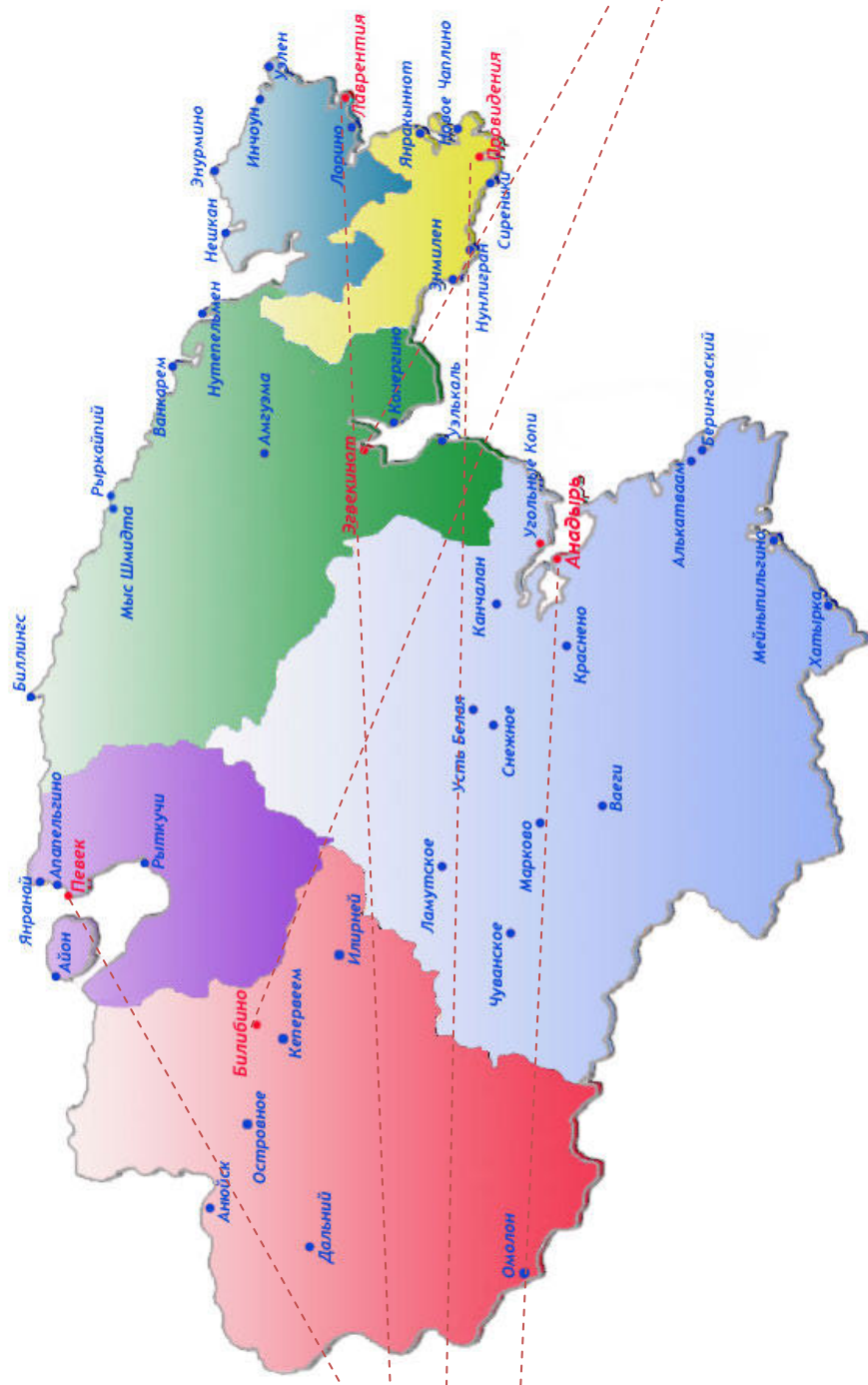


Приложение № 4
к приказу Департамента здравоохранения
Чукотского автономного округа
от «22» октября 2025г. № 880

Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в экстренной, неотложной и плановой формах

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зоны ответственности	Форма оказания и профиль помощи (кардиология/неврология/ССХ)
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница»	689000 Чукотский автономный округ, ул. Ленина, д.1	г. Анадырь Анадырский район Провиденский район Чукотский район	Экстренная, неотложная, плановая кардиология Плановая неврология Экстренная, неотложная, плановая ССХ
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница» филиал - Билибинская районная больница	689450, Чукотский автономный округ, Билибинский муниципальный район, г. Билибино, ул. Приисковая, д. 12	Билибинский район	Экстренная, неотложная, плановая кардиология Экстренная, неотложная, плановая неврология
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница» филиал - Иультинская районная больница	689202, Чукотский автономный округ, городской округ Эгвекино, ул. Ленина, д. 25	Иультинский район	Экстренная, неотложная, плановая Кардиология
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница» филиал - Чаунская районная больница	689400, Чукотский автономный округ, Чаунский муниципальный район, г. Певек, ул. Куваева, д. 17	Чаунский район	Экстренная, неотложная, плановая Кардиология

Схема территориального закрепления МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в экстренной, неотложной и плановой формах



Экстренная неотложная и плановая кардиология в ПСО

ГБУЗ «Чукотская окружная больница» г. Анадырь,
ГБУЗ «Чукотская окружная больница» филиал – Чаунская РБ

Экстренная неотложная и плановая кардиология вне ПСО

ГБУЗ «Чукотская окружная больница» филиал – Билибинская РБ
ГБУЗ «Чукотская окружная больница» филиал – Иультинская РБ

Населению оказывается специализированная (санитарно-авиационная), скорая медицинская помощь, медицинская эвакуация в целях оказания больным и пострадавшим экстренной медицинской помощи, направленной на сохранение и поддержание жизненно важных функций организма, в том числе сердечно-сосудистых заболеваний, и транспортировка пациентов в кратчайшие сроки в ближайшие учреждения здравоохранения округа для оказания специализированной медицинской помощи:

в ГБУЗ «Чукотская окружная больница» - многопрофильная больница, расположенная в окружном центре Чукотки в г. Анадырь,

в филиал «Билибинская районная больница» (западная Чукотка - г. Билибино),

в филиал «Иультинская районная больница» (восточная Чукотка - п. Эгвекинот),

в филиал «Провиденская районная больница» (п. Провидения),

в филиал «Чаунская районная больница» (г. Певек),

в филиал «Чукотская районная больница» (с. Лаврентия).

Оказание специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи в Чукотском автономном округе осуществляет центр экстренной и планово-консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации с возможностью телемедицинских технологий ГБУЗ ЧАО «Чукотская окружная больница», по заявкам медицинских организаций с использованием авиационного и наземного транспорта. В вылетах санитарной авиации участвуют врачи ГБУЗ ЧАО «Чукотская окружная больница» в зависимости от профиля необходимой медицинской помощи. Санитарная авиация применяется для оказания жителям сельской местности экстренной и консультативной медицинской помощи, для эвакуации больных из населённых пунктов округа, из мест кочевий коренного населения, стойбищ и вахтовых поселков в город Анадырь в соответствии с заключённым договором с авиаперевозчиком. Для выполнения этих задач заключен гражданско-правовой договор на оказание авиационных услуг для обеспечения медицинской помощи (скорой специализированной медицинской помощи) гражданам, проживающим в труднодоступных районах Чукотского автономного округа между ГБУЗ «Чукотская окружная больница» и ГП Чукотского автономного округа «ЧукотАВИА», которое выполняет авиационные работы по заявкам медицинской организации.

Вертолеты МИ-8, Ми – МТВ, самолеты АН-24, АН-26 и ДНС-6 постоянно базируются в п. Угольные Копи, г. Билибино, г. Певек, в п. Эгвекинот постоянно базируются МИ-8, переменная дислокация с. Лаврентия и п. Провидения – вертолеты МИ-8 (по 2 недели попеременно п. Провидения и с. Лаврентия). Вылеты осуществляются из Анадыря по всему округу. Из районов по своим районам и соседним районам по необходимости.

Штатные авиамедицинские бригады отсутствуют. Вылеты осуществляет врачебная или фельдшерская бригада ГБУЗ «Чукотская окружная больница» с привлечением при необходимости профильных специалистов ГБУЗ

«Чукотская окружная больница» из районной и непосредственно окружной больниц. Заявку на выполнения санитарного задания по эвакуации в ближайшие медицинские организации из труднодоступных районов могут выполнять и фельдшерские ближайших к месту пребывания больного.

Привлечение самолетов для медицинской эвакуации зависит от маршрутизации по профилю и дальностью полета. Фактическое время эвакуации пациентов из отдаленных и труднодоступных сел в г. Анадырь составляет не менее 5 часов в случае благоприятной погоды.

Изолированность районных центров определяет необходимость оказания многопрофильной медицинской помощи. Во всех населенных пунктах округа имеются посадочные площадки, расположенные вблизи с медицинской организацией, не превышающей 20 минут доезда.

Специализированная медицинская помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями и острыми нарушениями мозгового кровообращения осуществляется в соответствии с:

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями»;

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения»;

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года № 931н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия».

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

Этап №1: Первичный осмотр участковым врачом-терапевтом Пациент обращается к участковому терапевту поликлиники по месту жительства либо направляется скорой медицинской помощью. Участковый врач проводит обследование, включая сбор анамнеза, физикальное исследование, измерение артериального давления, оценку ЭКГ и других необходимых лабораторных исследований.

При подозрении на заболевание сердечно-сосудистой системы терапевт направляет пациента на консультацию врача-кардиолога или сосудистого хирурга.

Этап №2: Направление к узкому специалисту Врач-терапевт выдает направление на прием к кардиологу или сосудистому хирургу. Пациенту разъясняется необходимость консультации специалиста, назначается ориентировочная дата приема.

Учитывая удаленность многих населенных пунктов округа от центральных медицинских учреждений, возможны ситуации, когда пациент проходит диагностику дистанционно посредством телемедицинских консультаций или отправляется в центральную районную больницу для очного осмотра специалистом.

Для труднодоступных районов округа организуются выездные бригады врачей-специалистов, позволяющие обеспечить доступность квалифицированной диагностики и лечения жителям отдаленных территорий. Организация специализированных видов помощи Кардиологическая помощь: осуществляется врачами-кардиологами амбулаторно-поликлинических подразделений центральной районной больницы (ЦРБ). По показаниям проводится госпитализация в стационар отделения кардиологии ЦРБ. Сосудистая хирургия: пациенты с заболеваниями сосудов направляются к сосудистому хирургу амбулаторно или экстренно поступают в отделение сосудистой хирургии центрального стационара.

Перед направлением пациенту рекомендуется пройти предварительное обследование: - Общий анализ крови, - Биохимический анализ крови (липидный профиль), - Электрокардиограмма (ЭКГ), - УЗИ сердца (при необходимости).

Алгоритм постановки пациента под диспансерное наблюдение после выявления сердечно-сосудистого заболевания включает следующие этапы:

1. Диагностика и подтверждение диагноза

- Пациент проходит обследование (ЭКГ, УЗИ сердца, анализы крови и др.) для подтверждения наличия сердечно-сосудистого заболевания.

- Врач-кардиолог или терапевт подтверждает диагноз.

2. Информирование пациента

- Врач объясняет пациенту характер выявленного заболевания, риски осложнений и необходимость регулярного наблюдения.

- Обсуждаются рекомендации по образу жизни, лечению и контролю состояния здоровья.

3. Постановка на учет

- Заполняются медицинские документы (амбулаторная карта, журнал учета).

- Оформляется направление в медицинскую организацию, ответственную за проведение диспансерного наблюдения.

4. Регулярное посещение врача

- Назначаются периодические осмотры врачом-кардиологом или терапевтом (обычно каждые 3-6 месяцев, частота зависит от тяжести заболевания).

- Проводится мониторинг показателей артериального давления, уровня холестерина, сахара в крови и других факторов риска.

5. Контроль лечения и коррекция терапии

- Оцениваются эффективность назначенного лечения и его влияние на состояние пациента.

- При необходимости вносятся изменения в схему терапии.

6. Проведение профилактических мероприятий

- Разрабатываются индивидуальные программы профилактики осложнений (физическая активность, отказ от курения, правильное питание).

- Осуществляются мероприятия по вторичной профилактике (лекарственное лечение, физиотерапия и др.).

7. Периодическое медицинское обследование

- Каждые полгода-год проводятся дополнительные обследования (ЭКГ, эхокардиография, лабораторные исследования).

- По результатам обследований принимается решение о продолжении или изменении режима диспансерного наблюдения.

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

№ п/п	Наименование медицинской организации	Адрес	Зоны ответственности
1	ПСО Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница»	689000, Чукотский автономный округ, г. Анадырь, ул. Ленина, д. 1	г. Анадырь Анадырский район Провиденский район, Чукотский район, Иультинский район
2	ПСО Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница» филиал - Чаунская районная больница	689400, Чукотский автономный округ, Чаунский муниципальный район, г. Певек, ул. Куваева, д. 17	Чаунский район, Билибинский район

Алгоритм направления на плановую госпитализацию пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Этап 1. Предварительная оценка состояния пациента

1. Консультация кардиолога или другого профильного специалиста.

2. Подтверждение диагноза путем лабораторных исследований, инструментальных методов диагностики (ЭКГ, эхо-КГ, стресс-тест и др.).

3. Определение показаний к госпитализации (необходимость оперативного вмешательства, отсутствие эффективности амбулаторного лечения, обострение заболевания и т.п.).

Этап 2. Принятие решения о направлении на госпитализацию

1. Анализ результатов диагностики специалистом медицинского учреждения.

2. Составление индивидуальной программы подготовки к госпитализации.

3. Выдача пациенту направления на плановую госпитализацию с указанием цели пребывания в стационаре (обследование, диагностика, хирургическое вмешательство и т.д.).

Этап 3. Организация госпитализации

1. Медицинская организация обязана принять заявку от пациента и зарегистрировать ее в журнале регистрации направлений на плановую госпитализацию.

2. Пациенту предоставляется информация о сроке ожидания госпитализации, месте нахождения лечебного учреждения и контактных данных лечащего врача.

3. После принятия решения о госпитализации пациент направляется в стационар для прохождения необходимых процедур и лечения.

Этап 4. Госпитализация пациента

1. Транспортировка пациента в больницу осуществляется транспортом скорой помощи либо самостоятельно пациентом.

2. Прием пациента в приемном отделении больницы производится медицинским персоналом.

3. Прохождение первичной оценки состояния пациента дежурным врачом и назначение дальнейшего плана действий.

Этап 5. Стационарное лечение

1. Оказание специализированной медицинской помощи, включая медикаментозное лечение, диагностические процедуры, консультации узких специалистов и операции.

2. Наблюдение за динамикой состояния пациента, коррекция проводимого лечения при необходимости.

3. Выписка пациента после завершения курса лечения и выздоровления.

Алгоритм направления на экстренную/неотложную госпитализацию пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (за исключением случаев, описанных в отдельных регламентах маршрутизации).

1. Пациент или окружающие вызывают скорую медицинскую помощь (телефон службы 103 или 112) при появлении признаков острого сердечного события, таких как:

- Острая боль в груди

- Затрудненное дыхание
- Потеря сознания
- Нарушение ритма сердцебиения
- Резкая слабость, головокружение

2. Приехавшая бригада скорой помощи проводит оценку состояния пациента:

- Сбор анамнеза и клиническое обследование
- ЭКГ-исследование (электрокардиография)
- Оценка жизненно важных функций организма (давления, пульса, дыхания)

В зависимости от полученных данных врачи принимают решение о немедленной транспортировке пациента в стационар. Показателями для срочной госпитализации являются:

- Острый инфаркт миокарда
- Тяжелые нарушения сердечного ритма
- Сердечная недостаточность
- Гипертензивный криз
- Другие угрожающие жизни ситуации

Выбор профиля отделения Выбор стационара и конкретного отделения определяется клинической ситуацией и доступностью ресурсов:

- Кардиологическое отделение
- Отделение интенсивной терапии (ИТАРД)
- Хирургическое отделение
- Реанимационное отделение

Транспортировка пациента осуществляется специальным транспортом скорой помощи с использованием оборудования жизнеобеспечения и квалифицированного персонала.

В больнице пациента принимает персонал приемного покоя:

- Повторная регистрация и оформление документации
- Немедленное помещение в соответствующее отделение

Врачи немедленно приступают к оказанию необходимой медицинской помощи:

- Медикаментозная терапия
- Мониторинг состояния
- Экстренные манипуляции (кардиоверсия, дефибрилляция, катетеризация сосудов и др.).

Реабилитационные мероприятия и санаторно-курортное лечение при сердечно-сосудистых заболеваниях

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

Медицинская реабилитационная помощь населению в ЧАО оказывается в ГБУЗ «Чукотская окружная больница» и 5 его районных филиалах. На базе отделений стационаров и в поликлинических отделениях осуществляется медицинская реабилитация и восстановительное лечение населению округа, а по показаниям - за пределами округа в федеральных специализированных медицинских учреждениях.

Первый этап осуществляется по профилям в отделении реанимации и интенсивной терапии круглосуточного стационара.

ГБУЗ «Чукотская окружная больница» имеет в своем составе амбулаторное отделение медицинской реабилитации и медицинской профилактики, в котором функционируют физиотерапевтические кабинеты, реабилитационных коек нет.

В поликлинических отделениях районных больниц действуют отдельные физиотерапевтические кабинеты.

Реабилитационная помощь осуществляется на базе отделений стационаров на общих койках терапевтического, педиатрического, кардиологического, неврологического и др. отделений, а также в поликлинических отделениях.

Второй этап медицинской реабилитации осуществляется в санаторно-курортных организациях за пределами округа в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение.

Медицинская реабилитация осуществляется в три этапа:

- первый этап медицинской реабилитации осуществляется в структурных подразделениях медицинской организации, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения (далее - ОНМК) и острым коронарным синдромом в отделении реанимации и интенсивной терапии круглосуточного стационара.

Мероприятия по медицинской реабилитации на первом этапе должны быть начаты в острейший (до 72 часов) и острый периоды течения заболевания, при неотложных состояниях, хронических критических состояниях и осуществляются ежедневно, продолжительностью не менее 1 часа, но не более 3 часов;

- второй этап медицинской реабилитации при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется в стационарных условиях в профильных отделениях пациентам с нарушением функции сердечно-сосудистой системы, центральной и периферической нервной системы, костно-мышечной системы, а также пациентам с соматическими заболеваниями в ГБУЗ «Чукотская окружная больница» г. Анадырь.

Медицинская реабилитация на втором этапе осуществляется по направлению лечащего врача медицинской организации, осуществляющего медицинскую реабилитацию на первом этапе, либо по направлению врача-терапевта (врача-терапевта участкового), врача общей практики (семейного врача), врача-специалиста.

Мероприятия по медицинской реабилитации на втором этапе должны быть начаты в острый и ранний восстановительный периоды течения заболевания или травмы и период остаточных явлений течения заболевания и осуществляются ежедневно, продолжительностью не менее 3 часов;

- третий этап медицинской реабилитации осуществляется при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи по медицинской реабилитации в амбулаторных условиях (амбулаторное отделение медицинской реабилитации ГБУЗ «Чукотская окружная больница», ГБУЗ «Чукотская окружная больница» - филиал Чаунская районная больница).

Медицинская реабилитация на третьем этапе осуществляется по направлению врача-терапевта (врача-терапевта участкового), врача общей практики (семейного врача), врача-специалиста, либо по направлению врача медицинской организации, осуществляющей медицинскую реабилитацию на первом и (или) втором этапах.

Мероприятия по медицинской реабилитации на третьем этапе осуществляются не реже, чем один раз каждые 48 часов, продолжительностью не менее 3 часов.

При реализации мероприятий по медицинской реабилитации на всех этапах под руководством врача по физической и реабилитационной медицине/врача по медицинской реабилитации осуществляется:

- оценка реабилитационного статуса пациента и его динамики;
- установление реабилитационного диагноза, включающего характеристику состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции, структуры организма, активности и участия пациента), влияния факторов среды и личностных факторов на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее –МКФ) и его изменения в процессе проведения мероприятий по медицинской реабилитации;
- оценка реабилитационного потенциала, определяющего уровень максимально возможного восстановления пациента (возвращение к прежней профессиональной или иной трудовой деятельности, сохранение возможности осуществления повседневной деятельности, возвращение способности к самообслуживанию) в намеченный отрезок времени;
- формирование цели и задач проведения реабилитационных мероприятий, оценка факторов риска проведения реабилитационных мероприятий и факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий;

-формирование и реализация индивидуального плана медицинской реабилитации (далее –ИПМР);

- оценка эффективности реализованных в рамках ИПМР реабилитационных мероприятий;

- составление заключения (реабилитационного эпикриза), содержащего реабилитационный статус, реабилитационный диагноз, реабилитационный потенциал, итоги реализации ИПМР с описанием достигнутой динамики в состоянии пациента, оценку по шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ), рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента.

Критерием для индивидуальной маршрутизации служит оценка нарушений функций, активности и участия согласно ШРМ:

- пациенты, завершившие лечение по медицинской реабилитации на любом из этапов медицинской реабилитации, при оценке состояния 0-1 балла ШРМ не имеют медицинских показаний к продолжению медицинской реабилитации;

- пациенты, завершившие лечение на 1-ом и/или 2-ом этапах медицинской реабилитации и имеющие значения ШРМ 2-3 балла направляются на третий этап медицинской реабилитации;

- пациенты, завершившие реабилитационное лечение на 1-ом этапе и имеющие значение ШРМ 4-5 баллов, направляются на 2-ой этап медицинской реабилитации, осуществляемой в рамках специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, в стационарных условиях, в федеральных клиниках за пределами Чукотского автономного округа.

Пациенты, имеющие медицинские показания для оказания паллиативной медицинской помощи, направляются в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в соответствии с порядком маршрутизации пациентов в оказании медицинской помощи по медицинской реабилитации в Чукотском автономном округе, утвержденным приказом Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа от 19 марта 2024 года №257.

В целях реализации мер по реабилитации детей-инвалидов и детей с нарушениями в развитии на территории ЧАО функционирует 1 учреждение социального обслуживания - Государственное казенное учреждение социального обслуживания «Чукотский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних». Данные учреждения находятся в ведении Департамента социальной политики Чукотского автономного округа и оказывают социально-медицинские, психолого-педагогические и социально-бытовые услуги данной категории населения.

При осуществлении медицинской реабилитации консультации с целью сбора, анализа жалоб и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента, могут быть оказаны с применением телемедицинских технологий в соответствии с Порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (в формате телемедицинских консультаций с НМИЦ «Лечебно-реабилитационный центр» Министерства здравоохранения РФ.).

Сведения о медицинских организациях, осуществляющих медицинскую реабилитацию, доводятся до граждан лечащими врачами, а также путем размещения медицинскими организациями сведений в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и на медицинских стендах медицинской организации.

Критерием для индивидуальной маршрутизации служит оценка нарушений функций, активности и участия согласно Шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ).

Пациенты, завершившие лечение по медицинской реабилитации на любом из этапов медицинской реабилитации, при оценке состояния 0 – 1 балла ШРМ не имеют медицинских показаний к продолжению медицинской реабилитации; пациенты, завершившие лечение на 1-ом и/или 2-ом этапах медицинской реабилитации и имеющие значения ШРМ 2 – 3 балла, направляются на 3-ий этап медицинской реабилитации. Пациенты, завершившие реабилитационное лечение на 1-ом этапе и имеющие значения ШРМ 4 – 5 баллов, направляются на 2-ой этап медицинской реабилитации, осуществляемой в рамках специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, в стационарных условиях, в федеральных клиниках за пределами округа.

Проводятся телемедицинские консультации пациентов по профилю «медицинская реабилитация» с НМИЦ реабилитации и курортологии Минздрава России

Койки круглосуточного пребывания для медицинской реабилитации взрослых и детей отсутствуют. Отсутствуют свободные площади для развертывания отделений медицинской реабилитации круглосуточного пребывания.

Третий этап осуществляется в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение: в амбулаторном отделении медицинской реабилитации, санаторно-курортных организациях за пределами Чукотского автономного округа.

Обеспечение санаторно-курортным лечением пациентов с БСК проводится в соответствии с приказом №143н от 27.03.2024 «Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2 Федерального закона от 23 февраля 1995г. №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» для применения природных климатических факторов, на основании анализа объективного состояния больного, результатов предшествующего амбулаторного или стационарного лечения, данных лабораторных, функциональных, рентгенологических и других исследований.

При наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний для санаторно-курортного лечения лечащий врач МО прикрепления представляет медицинские документы больного для рассмотрения и принятия решения врачебной комиссией. В случае положительного решения ВК о необходимости направления больного на санаторно-курортное лечение лечащим врачом оформляется справка для получения путевки по форме N 070/у-04, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. N 256 «О порядке медицинского отбора и

направления больных на санаторно-курортное лечение» (зарегистрирован Минюстом России 14 декабря 2004 г. № 6189).

В случае положительного решения о принятии больного на санаторно-курортное лечение лечащий врач УЗ оформляет и выдает больному:

1. Санаторно-курортную путевку.

2. Санаторно-курортную карту по форме N 072/у-04, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. N 256 «О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение» (далее - санаторно-курортная карта по форме N 072/у-04), подписанную лечащим врачом и заведующим отделением;

3. Выписку из медицинской карты больного с подробным описанием проведенного лечения и рекомендациями по дальнейшему лечению.

4. Лечащие врачи, заведующие отделениями и ВК должны руководствоваться следующим обязательным перечнем диагностических исследований и консультаций врачей-специалистов, результаты которых необходимо отразить в санаторно-курортной карте по форме N 072/у-04:

а) клинический анализ крови и анализ мочи;

б) электрокардиографическое обследование;

в) рентгенологическое исследование органов грудной клетки (флюорография);

д) в случае необходимости проводятся дополнительные лабораторные и инструментальные исследования по профилю основного и/или сопутствующего заболевания больного;

е) при направлении на санаторно-курортное лечение женщин по поводу любого заболевания обязательно заключение акушера-гинеколога, а для беременных - дополнительно обменная карта;

ж) справка-заключение психоневрологического диспансера при наличии в анамнезе больного нервно-психических расстройств;

з) заключения соответствующих врачей-специалистов об основном и сопутствующих заболеваниях больного.

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

Пациент, перенесший инфаркт миокарда, коронарное шунтирование, ЧКВ со стентированием должен быть обеспечен лекарственными препаратами в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации 37н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения в целях обеспечения в амбулаторных условиях лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий

со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, в течение 2 лет с даты постановки диагноза и (или) выполнения хирургического вмешательства», за исключением лиц, имеющих право на получение социальной услуги в виде обеспечения лекарственными препаратами в соответствии с Федеральным законом «О государственной социальной помощи».

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 года № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», Постановлением Правительства Российской Федерации от 9 октября 2019 года № 1304 «Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и Правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения», Распоряжением Правительства Чукотского автономного округа от 25 июня 2019 года № 276-рп «Об утверждении региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в Чукотском автономном округе», Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 февраля 2024 года № 37н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов в целях обеспечения в амбулаторных условиях лекарственными препаратами лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний»

Льготному лекарственному обеспечению подлежат:

– лица, находящиеся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний – в течение 2 лет с даты постановки диагноза и (или) выполнения хирургического вмешательства;

– лица, находящиеся под диспансерным наблюдением, страдающие ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка $\leq 40\%$ - предельный срок лекарственного обеспечения не ограничен.

Льготное лекарственное обеспечение предоставляется лицам вышеуказанных категорий, не имеющим право на получение социальной услуги в виде обеспечения лекарственными препаратами для медицинского применения в соответствии с Федеральным законом от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи».

Пациенты, перенесшие острое сердечно-сосудистое событие, а также пациенты с коморбидной патологией, выписанные из стационара, должны в 3-х дневный срок быть поставлены на диспансерный учет в амбулаторно-поликлиническом подразделении, к которому прикреплены по полису ОМС.

Для всех пациентов, перенесших острое сердечно-сосудистое событие, а также пациентов с коморбидной патологией, вставших на диспансерный учет, необходимо организовать диспансерное наблюдение у врача-терапевта, врача-кардиолога по месту прикрепления с кратностью и объемами исследований в соответствии с приказом Министерства здравоохранения России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

По истечении первого года от индексного сердечно-сосудистого события независимо от плана диспансерного наблюдения необходимо осуществлять консультацию врача кардиолога (очную или с применением телемедицинских технологий) с целью стратификации риска повторных сердечно-сосудистых событий, оценки риска геморрагических осложнений и составления рекомендаций по коррекции антитромбоцитарной терапии (продление двойной антитромбоцитарной терапии с использованием уменьшенных доз тикагрелора, ривароксабана), коррекции холестеринснижающей терапии согласно действующим клиническим рекомендациям Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Оформление рецептов для льготного лекарственного обеспечения граждан лекарственными препаратами осуществляется медицинским работником в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.11.2021 №1094н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ,

порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов».

Отпуск лекарственных препаратов осуществляется по рецепту на лекарственный препарат, оформленному медицинскими работниками, в уполномоченных аптечных организациях. Перечень уполномоченных аптечных организаций (по мере необходимости) доводится до сведения медицинских организаций. Лечащий врач медицинской организации информирует пациентов, перенесших острое сердечно-сосудистое событие, а также пациентов с коморбидной патологией, об уполномоченных аптечных организациях.

Обеспечение отдельных категорий граждан в соответствии со статьей 6.1 Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (далее – ОНЛП) (не отказавшихся от набора НСУ) необходимыми лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания регламентируется:

распоряжением Правительства РФ от 12.10.2019 № 2406-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи» (перечень ЖНВЛП), все лекарственные препараты, за исключением лекарственных препаратов, указанных в приложении № 2 к письму;

распоряжением Правительства РФ от 31.12.2018 № 3053-р «Об утверждении перечня медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также перечня медицинских изделий, отпускаемых по рецептам на медицинские изделия при предоставлении набора социальных услуг» (перечень медицинских изделий, отпускаемых по рецептам на медицинские изделия при предоставлении набора социальных услуг) (в том числе на расходные материалы к инсулиновой помпе);

распоряжением Правительства РФ от 11.12.2023 № 3551-р «Об утверждении перечня специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов» (продукты лечебного питания только для детей-инвалидов).

Перечень лекарственных препаратов формируется согласно распоряжения Правительства РФ от 12.10.2019 № 2406-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи» (перечень ЖНВЛП).

Оформление рецепта регламентировано Приказ Минздрава России от 24.11.2021 N 1094н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов,

содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов» (Зарегистрировано в Минюсте России 30.11.2021 № 66124); Приказ Минздрава России от 07.03.2025 № 100н «Об утверждении Правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, и их обособленными подразделениями, расположенными в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации, Правил отпуска наркотических средств и психотропных веществ, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов для медицинского применения, лекарственных препаратов для медицинского применения, содержащих наркотические средства и психотропные вещества, Порядка отпуска гражданам аптечными организациями иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики» (Зарегистрировано в Минюсте России 09.04.2025 № 81789).

Перечень лекарственных препаратов формируется согласно распоряжения Правительства РФ от 12.10.2019 № 2406-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи» (перечень ЖНВЛП).

Оформление рецепта регламентировано Приказом Минздрава России от 24.11.2021 № 1094н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов» (Зарегистрировано в Минюсте России 30.11.2021 № 66124); Приказ Минздрава России от 07.03.2025 № 100н «Об утверждении Правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, и их обособленными подразделениями, расположенными в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации, Правил отпуска наркотических средств и психотропных веществ, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов для медицинского применения, лекарственных препаратов

препаратов для медицинского применения, содержащих наркотические средства и психотропные вещества, Порядка отпуска гражданам аптечными организациями иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики» (Зарегистрировано в Минюсте России 09.04.2025 № 81789).

Контроль остатков и «уходимости» льготных лекарственных препаратов осуществляется с использованием предоставленных отчетных форм ГБУЗ «Чукотская окружная больница», ООО «Чукотфармация», ООО «Фармация». Контроль осуществляется в режиме реального времени, образовавшиеся задержки в реализации того или иного препарата нивелируются путем таргетного взаимодействия напрямую с аптеками и медицинскими организациями. Осуществляется перераспределение между аптеками при необходимости с учетом потребностей прикрепленного населения, перераспределение между препаратами в пределах одной группы.

На территории Чукотского автономного округа в реализации программ льготного лекарственного обеспечения граждан участвуют два предприятия: Общество с ограниченной ответственностью «Чукотфармация», имеющая филиалы в каждом районе округа (6 филиалов) и Общество с ограниченной ответственностью «Фармация», которая обслуживает населенные пункты Анадырского района (далее-Предприятия).

Обеспечение населения в отдаленных, малонаселенных пунктах осуществляется Предприятиями по договорам с медицинскими организациями округа.

В рамках реализации комплекса процессных мероприятий «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях» Государственной программы «Развитие здравоохранения Чукотского автономного округа», утвержденной Постановлением Правительства Чукотского автономного округа от 29 декабря 2023 г № 519 «Об утверждении перечня расходных обязательств Государственной программы «Развитие здравоохранения Чукотского автономного округа», за счет средств федерального бюджета, в соответствии со ст.6.2. Федерального закона от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи», осуществляется обеспечение граждан, включенных в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

Обеспечение лекарственными средствами граждан в возрасте старше 18 лет, проживающих на территории Чукотского автономного округа, перенесших острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, аортокоронарное шунтирование, ангиопластику коронарных артерий со стентированием и катетерную абляцию (стентирование), а также страдающих мерцательной аритмией (болезнями сердца с фибрилляцией и (или) трепетанием предсердий), артериальной гипертензией I, II, III степеней, гиперлипидемией с

очень высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, и состоящих на диспансерном учете по указанным заболеваниям, для проведения дезагрегантной, антикоагулянтной, гиполипидемической терапии при их амбулаторном лечении, осуществляется через аптечные организации бесплатно, по льготным рецептам медицинских работников.

Алгоритм формирования и ведения регионального регистра пациентов, которые перенесли острое сердечно-сосудистое событие или с коморбидной патологией, подлежащих лекарственному обеспечению

1. Все структурные подразделения ГБУЗ ЧОБ используют медицинскую информационную систему ПК «Здравоохранение», осуществлена интеграция с ВИМИС «Сердечно-сосудистые заболевания».

2. Основанием для включения в Регистр БСК являются:

а) перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, выполненное аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, а также ишемическая болезнь сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка 40 и менее процентов;

б) отсутствие гражданина в Федеральном регистре лиц, имеющих право на получение социальной услуги в части обеспечения лекарственными препаратами для медицинского применения в соответствии с Федеральным законом от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (независимо от выбора гражданина в получении набора социальных услуг в виде обеспечения лекарственными препаратами).

3. Информация о постановке на диспансерный учет поступает из амбулаторно-поликлинического подразделения, к которому прикреплен пациент.

4. Основания для исключения из Регистра БСК:

а) получение гражданином права на получение социальной услуги в части обеспечения лекарственными препаратами для медицинского применения в соответствии с Федеральным законом от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»;

б) истечение 2-х летнего срока с даты постановки диагноза острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда и (или) выполнения хирургического вмешательства: аортокоронарное шунтирование, ангиопластика

коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний.

Приложение № 7
к приказу Департамента здравоохранения
Чукотского автономного округа
от «22» октября 2025г. № 880

Регламент маршрутизации на проведение отдельных видов исследований сердечно-сосудистой системы

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

При отсутствии возможности проведения отдельных исследований в МО на территории Чукотского автономного округа – в рамках межтерриториального взаимодействия пациенты направляются в медицинские организации регионального и федерального уровней других регионов РФ, имеющих в составе подразделения с соответствующим оснащением и кадровым обеспечением.

Методы диагностики	Медицинская организация	Зоны ответственности
Эхокардиография с физической/фармакологической нагрузкой	ГБУЗ «Чукотская окружная больница» не проводится, нет аппаратуры и специалистов-направляются в Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Минздрава России г.Хабаровск, иные ФЦ ССХ	Весь Чукотский АО
Компьютерно-томографическая коронарография	ГБУЗ «Чукотская окружная больница»	Весь Чукотский АО
Чреспищеводная эхокардиография	Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Минздрава России г.Хабаровск, иные	Весь Чукотский АО

	ФЦ ССХ	
Коронароангиография	Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Минздрава России г.Хабаровск, иные ФЦ ССХ	Весь Чукотский АО
Коронароангиография с использованием методов внутрисосудистой визуализации и/или оценкой физиологии кровотока	Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Минздрава России г.Хабаровск, иные ФЦ ССХ	Весь Чукотский АО
Однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда перфузионная с функциональными пробами	ФГБНУ «Томский НИМЦ» НИИ кардиологии», г. Томск; ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина», г. Новосибирск, иные ФЦ ССХ	Весь Чукотский АО
Позитронно-эмиссионная томография миокарда, в том числе с функциональными пробами	ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» г. Новосибирск, иные ФЦ ССХ	Весь Чукотский АО
Магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием	ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» г. Новосибирск, иные ФЦ ССХ	Весь Чукотский АО

Схема маршрутизации пациентов с сердечно – сосудистыми заболеваниями

Медицинская организация	Количество коек/ОАР или БИТ	Зоны ответственности	Численность взрослого населения	Расстояние от РБ до ПСО г. Анадырь (км)	способ эвакуации из района в ПСО		Время доезда, ч	
					наземный	авиа	Авто, ч	Авиа, ч
ГБУЗ «Чукотская окружная больница» УБ с. Усть-Белая	-	ГБУЗ «Чукотская окружная больница», г. Анадырь	683	225 км	-	+	-	1,5ч
ГБУЗ «Чукотская окружная больница» УБ п. Беринговский	-	ГБУЗ «Чукотская окружная больница», г. Анадырь	802	204 км	-	+	-	1,5ч
ГБУЗ «Чукотская окружная больница» филиал Билибинская РБ	9 кардиологических коек в составе т/о	ГБУЗ «Чукотская окружная больница», г. Анадырь	7957	626 км	-	+	-	3ч
ГБУЗ «Чукотская окружная больница» филиал Иультинская РБ села Чаунского	3 неврологические койки в составе т/о	ГБУЗ «Чукотская окружная больница» филиал Чаунская РБ (ПСО г. Певек)	4634	282 км	-	+	-	2ч
		ГБУЗ «Чукотская окружная больница», г. Анадырь		228 км	-	+	-	1,5ч
	-	ГБУЗ «Чукотская	865	102-200 км	-	+		1ч

района (с. Айон, с. Рыткучи, с. Биллингс)		окружная больница» филиал Чаунская РБ							
ГБУЗ «Чукотская окружная больница» филиал Чукотская РБ	-	ГБУЗ «Чукотская окружная больница», г. Анадырь	4376			-	+		2ч
ГБУЗ «Чукотская окружная больница» филиал Провиденская РБ	-	ГБУЗ «Чукотская окружная больница», г. Анадырь	2780			-	+		2ч

Алгоритм маршрутизации и приоритетной медицинской эвакуации пациентов с острым коронарным синдромом.

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

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

ОКС - термин, обозначающий любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать инфаркт миокарда (далее-ИМ) или нестабильную стенокардию. Включает в себя понятия «острый» и «повторный инфаркт миокарда».

Термин ОКС не является диагнозом и используется в первые часы и сутки заболевания для определения тактики оказания медицинской помощи.

В зависимости от признаков ЭКГ выделяют ОКС с подъемом сегмента ST ЭКГ и ОКС без подъема сегмента ST ЭКГ (далее - ОКСпST и ОКСбпST). ОКСпST диагностируют у пациентов с ангинозным приступом или дискомфортом в грудной клетке и со стойким подъемом сегмента ST > 1 мм по меньшей мере в 2х смежных отведениях или «новой» (впервые возникшей) блокадой левой ножки пучка Гиса на ЭКГ.

1.1. ОКСбпST — остро возникшие клинические признаки или симптомы ишемии миокарда, когда на ЭКГ отсутствует стойкий (длительностью более 20 минут) подъем сегмента ST как минимум в двух смежных отведениях и нет остро возникшей блокады левой ножки пучка Гиса (По ЭКГ может сопровождаться стойкой или преходящей депрессией сегмента ST, инверсией, сглаженностью или псевдонормализацией зубца Т).

1.2. Для ОКСбпST характерны:

- длительный (> 20 мин) ангинозный приступ в покое;
- впервые возникшая стенокардия, соответствующая, как минимум, II ФК по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества;
- утяжеление до этого стабильной стенокардии, как минимум, до III ФК по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества (стенокардия *crescendo*);
- стенокардия, появившаяся в первые 2 недели после ИМ (ранняя постинфарктная стенокардия).

2. Медицинская помощь пациентам с ОКС оказывается в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации от 22.02.2019 № 89н «О внесении изменений в Порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 918н», на основе действующих клинических рекомендаций и протоколов лечения, с учетом стандартов оказания медицинской помощи.

3. Маршрутизация пациентов с ОКС осуществляется согласно Приложению 2 к настоящему Порядку.

Приложение № 10
к приказу Департамента здравоохранения
Чукотского автономного округа
от «22» октября 2025г. № 880

Регламент маршрутизации пациентов с нарушениями ритма сердца и проводимости

1. Первичное обращение пациента:

Пациент обращается в поликлинику или медицинское учреждение по месту жительства с жалобами на сердцебиение, перебои в работе сердца, головокружение, слабость и другие симптомы нарушений ритма.

2. Диагностика и обследование:

Врач проводит осмотр, собирает анамнез, назначает электрокардиографию (ЭКГ), холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиографию (ЭхоКГ) и другие необходимые исследования.

3. Определение уровня риска и тяжести состояния:

На основании результатов обследования врач определяет степень риска развития серьезных осложнений и тяжесть состояния пациента.

4. **Направление к специалисту:** Если пациент нуждается в специализированной помощи, его направляют к кардиологу или аритмологу.

5. Специализированная медицинская помощь:

В зависимости от диагноза и степени тяжести заболевания пациенту может быть предложено медикаментозное лечение, катетерная абляция, имплантация кардиостимулятора или дефибриллятора.

6. **Динамическое наблюдение и реабилитация:** После проведенного лечения пациент находится под динамическим наблюдением врача-кардиолога или терапевта. Проводится регулярное обследование и коррекция терапии при необходимости.

7. Маршрутизация пациентов с нарушениями ритма сердца и проводимости осуществляется согласно Приложению 2 к настоящему Порядку.

Алгоритм диагностики и оказания помощи на догоспитальном этапе при аортальном синдроме.

1. Оксигенотерапия через назальный катетер/маску объемом 4–6 л/мин для достижения $SpO_2 > 90\%$ с увеличением объема при снижении показателя сатурации;
2. Адекватное обезболивание с использованием опиоидных анальгетиков и бензодиазепинов внутривенно;
3. Постоянный мониторинг АД с поддержанием уровня систолического артериального давления в пределах нормотензии до 100–120 мм рт. ст.;
4. Исключение при подозрении на ОАС назначения пациентам антиагрегантных препаратов группы тиенопиридинов;
5. Транспортировка 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.

Регламент маршрутизации пациентов с острым аортальным синдромом

1. Первичный прием и диагностика:

Пациент поступает в медицинскую организацию с симптомами острой боли в груди, спине или животе, часто сопровождающейся гипотензией, тахикардией и признаками шока. Первичный осмотр проводится экстренно, включая сбор анамнеза, физикальное обследование и проведение инструментальных методов диагностики (ЭКГ, рентгенография грудной клетки).

2. Дифференциальная диагностика:

Необходимо исключить инфаркт миокарда, тромбоэмболию легочной артерии и другие острые состояния. Для подтверждения диагноза проводят компьютерную томографию (КТ) с контрастированием, магнитно-резонансную ангиографию (МРА) или трансторакальную эхокардиографию (ТТЭХОКГ).

3. Транспортировка в специализированный центр: После установления предварительного диагноза пациент срочно транспортируется в ПСО, оснащенный оборудованием для хирургического вмешательства и интенсивной терапии.

4. Интраоперационная поддержка:

Во время транспортировки и подготовки к операции пациенту обеспечивают гемодинамическую поддержку, контроль жизненно важных функций и обезболивание.

4. Операция и последующее ведение:

Хирургическое вмешательство направлено на устранение причины острого аортального синдрома. Это может включать протезирование пораженного участка аорты, эндоваскулярную установку стентов-графтов или другие методы. После операции пациент проходит период восстановления в отделении реанимации и интенсивной терапии.

5. Реабилитация и профилактика рецидивов: После стабилизации состояния пациент направляется на амбулаторное лечение и последующую реабилитацию. Регулярно проводятся осмотры и консультации специалиста, назначаются препараты для контроля артериального давления и профилактики атеросклероза.

Все случаи поступления пациентов с подозрением на острый аортальный синдром должны регистрироваться в единой информационной системе здравоохранения региона.

Врачи первичного звена обязаны незамедлительно информировать сосудистые центры о поступивших больных с данным состоянием.

Транспортировка пациентов осуществляется специализированными бригадами скорой помощи, оснащенными необходимым оборудованием.

6. Маршрутизация пациентов с острым аортальным синдромом осуществляется согласно Приложению 2 к настоящему Порядку.

Приложение №12
к приказу Департамента здравоохранения
Чукотского автономного округа
от «22» октября 2025г. № 880

Алгоритм диагностики и оказания помощи на догоспитальном этапе при острой ишемии конечностей.

Алгоритм диагностики и оказания помощи на догоспитальном этапе включает:

1. Сбор жалоб и анамнез заболевания.
2. Физикальное обследование с обязательным пальцевым исследованием периферических сосудов (определение пульсации артерий во всех стандартных точках конечностей), характеристикой изменения кожных покровов, определением нарушения чувствительности, ограничения активных движений, наличия контрактуры, наличия некротических изменений.
3. Установление диагноза ОИК или подозрения на ОИК.

4. Обезболивание при наличии показаний и отсутствии противопоказаний.
5. При установлении диагноза ОИК, отсутствии противопоказаний – гепарин 5000 ЕД внутривенно болюс.
6. Медицинская эвакуация по маршрутизации.

Регламент маршрутизации пациентов с острой ишемией конечностей.

Шаг 1: Первичное обращение пациента

Пациент обращается в медицинское учреждение с жалобами на боли в конечностях, изменение цвета кожи, снижение чувствительности и ограничение подвижности. Врач скорой помощи или амбулаторного звена проводит первичный осмотр и оценку состояния пациента.

Шаг 2: Диагностика - Осмотр и пальпация: оценка состояния кожных покровов, температуры конечности, наличия пульсации. - Дуплексное сканирование сосудов: ультразвуковое исследование для оценки кровотока. - Ангиография: рентгенологическое исследование сосудов с контрастированием для точного определения локализации окклюзии.

Шаг 3: Определение тяжести заболевания Оценка риска некроза тканей и ампутации конечности основывается на клинической картине и результатах инструментальных исследований.

Шаг 4: Маршрутизация пациента

Группа низкого риска (обструкция мелких сосудов) - Пациенты направляются в терапевтическое отделение стационара.

- Лечение включает консервативную терапию (антикоагулянты, вазодилататоры, анальгетики).

Группа среднего риска (частичная обструкция крупных сосудов)

- Пациенты направляются в сосудистое отделение стационара.

- Возможна эндоваскулярная реканализация или баллонная ангиопластика.

Группа высокого риска (полная обструкция крупных сосудов) - Пациенты экстренно госпитализируются в реанимационное отделение.

- Экстренное проведение реконструктивной операции (шунтирование, протезирование сосуда).

Основные принципы организации медицинской помощи

1. Экстренность: пациент должен быть госпитализирован в течение первых часов после появления симптомов.

2. Специализированность: оказание специализированной помощи в специализированных отделениях и центрах.

3. Комплексность: использование всех необходимых методов диагностики и лечения.

4. Маршрутизация пациентов с острой ишемией конечностей осуществляется согласно Приложению 2 к настоящему Порядку.

Приложение №13
к приказу Департамента здравоохранения
Чукотского автономного округа
от «22» октября 2025г. № 880

Алгоритмы стратификации рисков, диагностики и оказания помощи на догоспитальном этапе при тромбоэмболии легочной артерии.

Задачей догоспитального этапа является быстрое распознавание симптомов, характерных для ТЭЛА, расчет вероятности ЭЛА по шкалам, предложенным Российскими (2009г) и Европейскими рекомендациями (2014г), в режиме cito регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) для выявления остро возникших признаков перегрузки правых отделов сердца, проведение эхокардиографии (ЭхоКГ), определение D-димера и транспортировка пациента в соответствующий стационар бригадой скорой медицинской помощи [3, 4]. При этом если первая медицинская помощь пациенту с предполагаемой ТЭЛА оказывается на дому, то, вероятно, следует ограничиться оценкой клинической картины, регистрацией ЭКГ и расчетом вероятности ЭЛА по шкалам Wells и Geneva, а проведение ЭхоКГ и определение D-димера возложить на дежурный стационар или дежурную больницу скорой медицинской помощи, куда он доставляется бригадой скорой медицинской помощи, обслуживающей данный вызов.

Для стратификации риска неблагоприятного исхода при ТЭЛА рекомендуется учитывать как минимум 4 фактора.

1. Наличие признаков нестабильности гемодинамики. К ним следует относить остановку кровообращения, проявления обструктивного шока (систолическое АД <90 мм рт.ст. или необходимость внутривенного введения вазопрессорных лекарственных средств для его поддержания ≥ 90 мм рт.ст., несмотря на достаточное заполнение камер сердца, в сочетании с гипоперфузией органов и тканей), а также стойкую артериальную гипотензию (систолическое АД <90 мм рт.ст. или его снижение ≥ 40 мм рт.ст. продолжительностью более 15 мин, не связанное с возникновением аритмии, гиповолемией или сепсисом).

2. Сумму баллов по шкале Pulmonary Embolism Severity Index (PESI).

Эта шкала позволяет оценить риск смерти в ближайший месяц вне зависимости от того, что послужило ее причиной – особая тяжесть ТЭЛА или сочетание ТЭЛА с наличием сердечно-сосудистых и иных заболеваний, имевшихся до нее. Очевидно, с практической точки зрения такая информация более значима, чем “изолированная” оценка выраженности эмболизации

легочных артерий. Существует два варианта индекса PESI – полный и упрощенный. С точки зрения информативности различий между ними нет.

3. Признаки перегрузки (расширения и/или дисфункции) правого желудочка по данным ТТ ЭХОКГ или КТ-пульмонографии), выявление которых косвенно указывает на высокое давление в легочной артерии и тесно сопряжено с вероятностью летального исхода.

4. Повышенный уровень в крови биомаркеров, указывающих на повреждение миокарда. Рекомендуется предпочесть оценку концентрации сердечных тропонинов Т или I (особенно определенных высокочувствительными методами). С неблагоприятным прогнозом при ТЭЛА связан повышенный уровень ряда других биомаркеров (в частности, N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида, белка, связывающего жирные кислоты, копептина), однако их роль в принятии решений о лечении больных с ТЭЛА не изучена.

Регламент маршрутизации пациентов с тромбоэмболией легочной артерии

Шаг 1: Первичное обращение пациента Пациент обращается в медицинское учреждение с симптомами ТЭЛА (одышка, боль в груди, кашель с кровью). Врач скорой помощи или амбулаторного звена проводит первичный осмотр и оценку состояния пациента.

Шаг 2: Диагностика

- **ЭКГ:** проводится немедленно для выявления признаков перегрузки правого желудочка сердца.
- **Анализ крови:** определение уровней D-димеров и тропонинов.
- **Компьютерная томография легких:** выполняется для подтверждения диагноза ТЭЛА.

Шаг 3: Определение тяжести заболевания Оценка риска смерти и развития серьезных осложнений осуществляется с использованием шкалы оценки риска PEITHO или ESC.

Шаг 4: Маршрутизация пациента

Низкий риск (группа низкого риска)

- Пациенты направляются в терапевтическое отделение стационара.
- Лечение включает антикоагулянтную терапию и наблюдение.

Средний риск (группа среднего риска)

- Пациенты направляются в кардиологическое или пульмонологическое отделение стационара.
- Дополнительные исследования (эхокардиография, ангиопульмонография). - Возможно применение тромболитической терапии.

Высокий риск (группа высокого риска)

- Пациенты экстренно госпитализируются в реанимационное отделение.

- Проводится интенсивная терапия, включая инфузионную поддержку, кислородотерапию и тромболитическую терапию.
- Консультация сосудистого хирурга для решения вопроса о хирургическом лечении.

Маршрутизация пациентов с пациентами с тромбоэмболией легочной артерии осуществляется согласно Приложению 2 к настоящему Порядку.

Приложение №14
к приказу Департамента здравоохранения
Чукотского автономного округа
от «22» октября 2025г. № 880

Регламент маршрутизации пациентов с врожденными и приобретенными пороками клапанов сердца

Маршрутизация пациентов с пороками клапанов сердца должна осуществляться поэтапно, начиная с первичной консультации врача-терапевта или педиатра и заканчивая направлением в специализированные медицинские учреждения.

Этап 1: Обращение к врачу общей практики

Первоначально пациент обращается к терапевту или педиатру с жалобами на одышку, утомляемость, сердцебиение и другие симптомы. Врач проводит общий осмотр, измеряет артериальное давление, выслушивает сердце и назначает базовые лабораторные анализы.

Этап 2: Консультация специалиста

Если врач подозревает наличие порока клапанов сердца, пациент направляется к кардиологу для дальнейшего обследования. Кардиолог проводит эхокардиографию (УЗИ сердца), электрокардиограмму (ЭКГ) и другие необходимые исследования.

Этап 3: Направление в специализированное учреждение

При выявлении значительного поражения клапанов сердца пациент направляется в специализированный центр сердечно-сосудистой хирургии для детальной диагностики и выбора оптимального метода лечения.

Этап 4: Хирургическое вмешательство

В случаях тяжелых форм пороков клапанов сердца пациенту может потребоваться операция. Решение о проведении хирургического вмешательства принимается консилиумом врачей на основании результатов комплексного обследования.

Маршрутизация пациентов с врожденными и приобретенными пороками клапанов сердца осуществляется согласно Приложению 2 к настоящему Порядку.

Схема маршрутизации пациентов с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями

Пациенты с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями (в том числе ИБС, ХСН, нарушение ритма сердца, артериальная гипертензия)



ФАП
Врачебные амбулатории
Участковые больницы



ГБУЗ «Чукотская окружная больница» г. Анадырь
ГБУЗ «Чукотская окружная больница» филиал Билибинская РБ
ПСО ГБУЗ «Чукотская окружная больница» филиал Чаунская РБ
ГБУЗ «Чукотская окружная больница» филиал Провиденская РБ
ГБУЗ «Чукотская окружная больница» филиал Иультинская РБ
ГБУЗ «Чукотская окружная больница» филиал Чукотская РБ



ГБУЗ «Чукотская окружная больница»
Кардиологический кабинет поликлиники
Первичное сосудистое отделение



оказание специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.И. Чазова» Минздрава России, ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России г. Хабаровск, «НМИЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева» Минздрава России г. Москва

Приложение № 15
к приказу Департамента здравоохранения
Чукотского автономного округа
от «22» октября 2025г. № 880

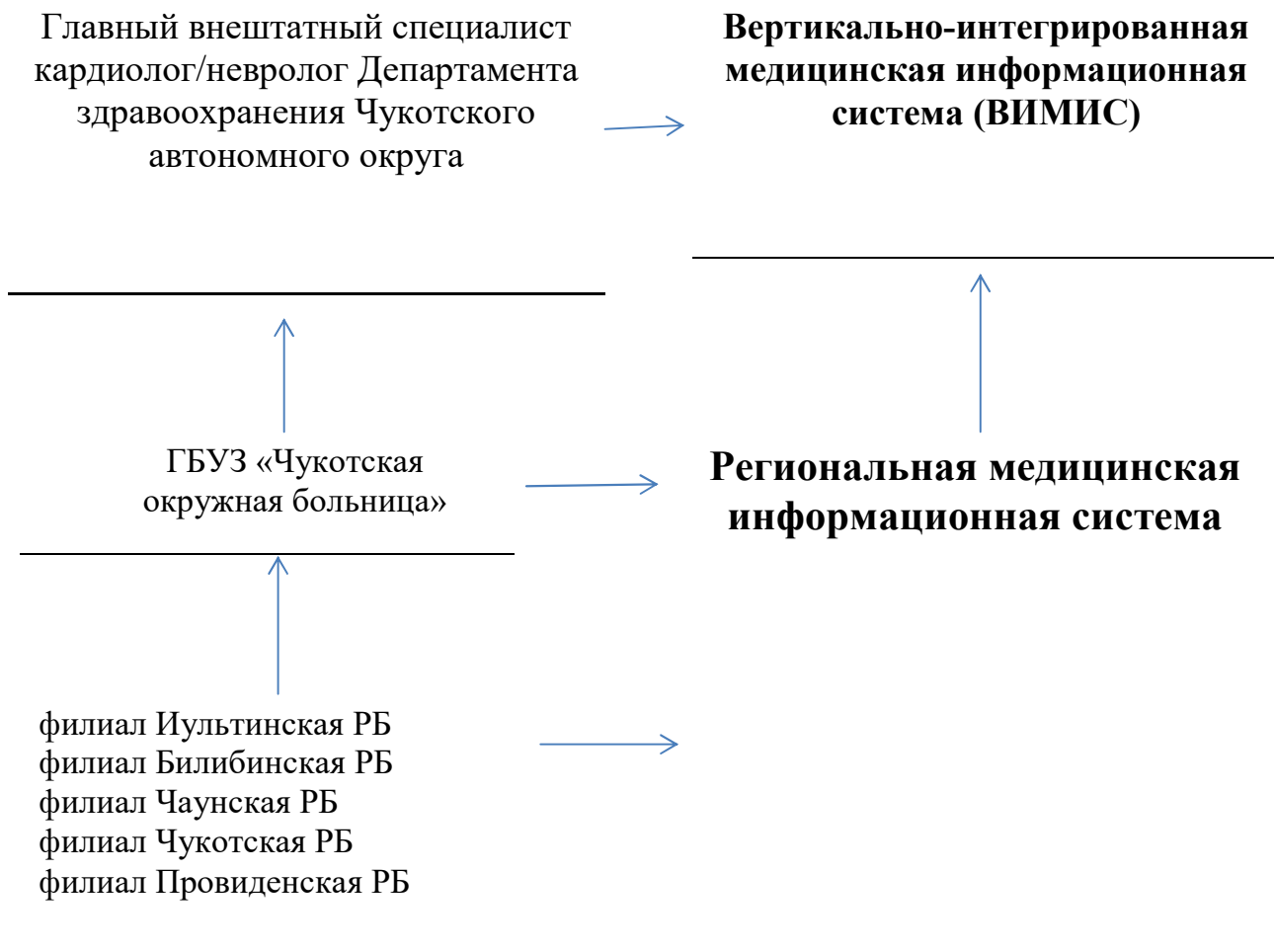
Схема маршрутизации при остром нарушении мозгового кровообращения

Медицинская организация	Количество коек/ОАР или БИТ	Зоны ответственности	Численность взрослого населения	Расстояние от районной больницы до ПСО г.Анадырь (км)	Способ эвакуации из района в ПСО		Время доезда, часы	
					наземный	авиа	авто, ч	авиа, ч
ГБУЗ ЧОБ г. Анадырь	263/6	ПСО ГБУЗ ЧОБ г. Анадырь	15722	-	V		10 мин	
ГБУЗ ЧОБ филиал - Билибинская РБ	75/3	ПСО ГБУЗ ЧОБ г. Анадырь	7808	626км		V		АН-1ч50м ДНС-2ч40м МИ-3ч30м
		филиал Чаунская РБ ПСО г. Певек		282км				
ГБУЗ ЧОБ филиал - Иультинская РБ	52/0	ПСО ГБУЗ ЧОБ г. Анадырь	4608	228км		V		АН-0ч45м ДНС-1ч20м МИ-1ч30м
ГБУЗ ЧОБ филиал - Чаунская РБ	71/1	ПСО ГБУЗ ЧОБ филиал - Чаунская РБ	5673	642км		V		АН-2ч ДНС-3ч10м МИ-4ч
ГБУЗ ЧОБ филиал - Чукотская РБ	84/0	ПСО ГБУЗ ЧОБ г. Анадырь	4447	546км		V		АН-1ч45м ДНС-2ч30м МИ-3ч40м
ГБУЗ ЧОБ филиал - Провиденская РБ	49/0	ПСО ГБУЗ ЧОБ г. Анадырь	3062	477км		V		АН-1ч30м ДНС-2ч МИ-3ч

Алгоритм взаимодействия структурных подразделений медицинской организации при ОКС, ОНМК



Схема персонифицированной системы учета пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (региональный регистр больных), в том числе после высокотехнологичных вмешательств



**Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам
при остром коронарном синдроме на догоспитальном этапе**

1. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается пациентам с острым коронарным синдромом (далее - ОКС) вне медицинской организации (далее - МО).

2. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь пациентам, требующим срочного медицинского вмешательства, вне МО оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи (далее - СМП), врачебными выездными бригадами СМП в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 №388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

3. Оказание скорой медицинской помощи пациентам с ОКС бригадами СМП осуществляется по территориальному принципу.

4. При поступлении вызова фельдшер по приему вызовов и передаче их бригадам СМП определяет согласно жалобам, повод для вызова и профильность бригады.

5. При оказании скорой медицинской помощи пациенту с ОКС к функциям врача (фельдшера) бригады СМП относятся:

- сбор анамнеза, установление времени начала болевого синдрома, физикальное обследование, регистрация электрокардиограммы (далее - ЭКГ) и, при необходимости, передача ее в дистанционный консультативный центр, диагностика вида ОКС (с подъемом или без подъема сегмента ST), терапия ОКС в объеме, установленном стандартом СМП;

- при ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST) - определение показаний и противопоказаний к тромболитической терапии (далее - ТЛТ) на догоспитальном этапе.

6. первый медицинский контакт (ПМК), включающий в себя опрос, установление времени начала болевого синдрома, осмотр, сбор анамнеза, оценку предшествующей терапии, регистрацию и интерпретацию ЭКГ (не более 10 минут). Время интерпретации ЭКГ считается временем установки диагноза.

Врачи/фельдшеры бригады СМП должны быть обучены интерпретации электрокардиограммы, в том числе определять изменение положения ST, а также выявлять наличие полной блокады левой ножки пучка Гиса; пленка для расшифровки может быть передана в центр дистанционной расшифровки на базе РСЦ 1, РСЦ 2 при оснащении бригады ЭКГ-аппаратами с возможностью передачи данных.

В затруднительных случаях по принятию решения о проведении тромболитической терапии (далее - ТЛТ) осуществить звонок в дистанционно-консультационный центр

В г. Анадырь пациенты с ОКСпST транспортируются бригадами СМП в ПСО ГБУЗ «Чукотская окружная больница» время доезда не более 20 минут.

6.1. Фельдшер по приему вызовов СМП информирует дежурного врача ПСО о транспортировке пациента с ОКСпST по телефону 2-32-58.

6.2. При отсутствии медицинских противопоказаний может быть проведен

догоспитальный тромболизис. Факт наличия противопоказаний к процедуре фиксируется в сопроводительном листе СПМ.

7. Бригады СМП муниципальных районных образований и городских округов Чукотского автономного округа:

7.1. Осуществляют госпитализацию пациентов с ОКС в иные отделения МО, оказывающих помощь при ОКС в стационарных условиях в соответствии со Схемой маршрутизации.

7.2. При наличии показания к транспортировке осуществляется медицинская эвакуация пациента силами санитарной авиации непосредственно в ПСО г. Анадырь:

- проведенного догоспитального тромболизиса,
- целевое время начала тромболитической терапии – 10 минут от постановки диагноза (запись и интерпретация ЭКГ).

7.3. Согласование госпитализации в ПСО осуществляется с ответственным дежурным врачом ПСО по телефону 2-32-58 (г. Анадырь) после получения данных дистанционной ЭКГ.

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

При транспортировке пациентов с ОКСпST, а также ОКСбпST высокого и очень высокого риска в ПСО пациент, минуя приемное отделение, направляется в отделение реанимации и интенсивной терапии. Задержка времени в приемном отделении должна дополняться обоснованием в истории болезни.

Медицинская эвакуация пациентов из непрофильных стационаров с ОКСпST, а также ОКСбпST высокого и очень высокого риска автотранспортом СМП должна начаться в течение первых 30 минут. Если предполагается транспортировка бортом санавиации – в течение 2-48 часов. Задержка времени начала транспортировки должна дополняться обоснованием в истории болезни.

Нетранспортабельные пациенты с ОКС, госпитализированные в непрофильные медицинские организации, должны быть проконсультированы специалистами ПСО в течение первого часа с момента госпитализации и оставаться на мониторинге врача кардиолога-консультанта до стабилизации состояния. Дата, время и результаты консультации должны быть занесены лечащим врачом в протокол консультации и направлены консультируемой стороне в течение 2 часов.

В сопроводительной документации бригада СМП заполняет протокол учета времени при оказании медицинской помощи пациенту с острым коронарным синдромом и контрольный лист принятия решения бригадой СМП о проведении пациенту с острым инфарктом миокарда тромболитической терапии.

8. Лечение ОКС на догоспитальном этапе осуществляется в соответствии с порядками, стандартами и клиническими рекомендациями по ведению пациентов с ОКС. Ссылка на клинические рекомендации для СМП: <https://bagnenko.spb.ru/klinicheskie-rekomendaczii/>.

9. Необходимо заполнение на догоспитальном этапе медицинской документации с указанием в карте вызова и сопроводительном талоне времени начала симптомов ишемии, начала ПМК, времени установки диагноза (интерпретация ЭКГ) и эвакуации пациента в стационар, а также оказанной медицинской помощи, при ОКСпST – чек-

листа оказания медицинской помощи при ОКС на догоспитальном этапе.

Контрольный лист принятия решения бригадой скорой медицинской помощи о проведении пациенту с острым коронарным синдромом, инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST тромболитической терапии* оформляется в соответствии с клиническими рекомендациями.

Противопоказания к ТЛТ

Таблица 2

Абсолютные	Относительные
Ранее перенесенный геморрагический инсульт или нарушение мозгового кровообращения неизвестной этиологии*	Транзиторная ишемическая атака в предыдущие 6 месяцев.
Ишемический инсульт в предшествующие 6 мес.	Прием пероральных антикоагулянтов (варфарин, дабигатран, ривароксабан, апиксабан)
Повреждения или новообразования ЦНС, артериовенозные мальформации ЦНС	Беременность или 1-я неделя после родов
Недавняя серьезная травма / хирургическое вмешательство / травма головы / желудочно-кишечные кровотечения (в течение предыдущего месяца)**	Рефрактерная артериальная гипертензия (САД >180 мм рт.ст. и/или диастолическое АД >110 мм рт.ст.)
Известные геморрагический диатез или кровоточивость (кроме менструальных кровотечений)	Тяжелое заболевание печени
Расслоение аорты (заподозренное или подтвержденное)	Инфекционный эндокардит
Пункция некомпенсируемых сосудов, биопсия печени, спинномозговая пункция в течение предыдущих 24 часов	Обострение язвенной болезни
	Травматическая или длительная сердечно-легочная реанимация

* – нарушение мозгового кровообращения неизвестной этиологии – означает, что не известна форма перенесенного ранее ОНМК (геморрагический или ишемический инсульт);

** – Недавняя серьезная травма / хирургическое вмешательство / травма головы / желудочно-кишечные кровотечения (в течение предыдущего месяца) – слово «Недавняя» относится ко всем перечисленным вариантам, т.е. к серьезной травме, к хирургическому вмешательству, к травме головы, к ЖКК. «Недавняя»,

поясняется фразой «(в течение предыдущего месяца)». Соответственно, если срок какого-то из перечисленных событий составляет более одного месяца, то данный пункт не является противопоказанием.

Госпитализация пациента с ОКСпST со стабильным состоянием (без осложнений в виде кардиогенного шока и/или отека легких) должна (во избежание задержки начала транспортировки в ПСО) осуществляться первой бригадой скорой медицинской помощи, избегая передачи вызовов специализированным бригадам или бригадам интенсивной терапии.

Кардиогенный шок – жизнеугрожающее состояние, вызванное резким снижением сердечного выброса и проявляющееся выраженной гипоперфузией органов и тканей и гипоксемией. Основным клиническим проявлением кардиогенного шока является стойкая гипотензия (Систолическое АД ≤ 90 мм.рт.ст.), рефрактерная к инфузионной терапии и сопровождающееся признаками острой полиорганной недостаточности в результате гипоперфузии.

Выделяют 3 основных варианта кардиогенного шока при инфаркте миокарда:

1. Истинный кардиогенный шок, связанный со снижением сократительной способности миокарда левого желудочка.
2. Шок вследствие относительной и абсолютной гиповолемии. Близкий к этому вариант – рефлекторный шок, связанный с реакцией на болевой приступ
3. Аритмический вариант – нарушение гемодинамики на фоне тяжелых тахи- и брадиаритмий

Кроме этих форм, у пациентов с ИМпST нижней локализации вследствие рефлекса Бецоляда-Яриша может быть рефлекторный вагусный шок, требующий специфического лечения (инфузии физиологического раствора и введение атропина (при наличии показаний))

5.3. стратификация риска пациентов с ОКСбпST:

- уточнять уровень креатинина крови по медицинским документам пациента (при их наличии);

К пациентам высокого и очень высокого риска с ОКСбпST относятся пациенты:

Таблица 3

Очень высокий риск	Высокий риск
нестабильная гемодинамика или кардиогенный шок	повышение уровня высокочувствительного тропонина
повторяющаяся или продолжающаяся боль в грудной клетке, рефрактерная к медикаментозному лечению	динамические изменения сегмента ST или зубца Т (симптомные или безболевые)
жизнеугрожающие аритмии или	

Очень высокий риск	Высокий риск
остановка сердца	
механические осложнения ИМ	
острая сердечная недостаточность с рефрактерной стенокардией или отклонением сегмента ST	
повторяющиеся изменения сегмента ST или зубца Т, особенно с эпизодами преходящей элевации сегмента ST	

При ухудшении состояния во время медицинской эвакуации пациент госпитализируется в ближайшую медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь пациентам с неотложными и экстренными заболеваниями, в штатную численность которого входят врачи-кардиологи или врачи-анестезиологи-реаниматологи.

При госпитализации пациентов с ОКС в непрофильные стационары и невозможности перевода в ПСО обеспечить регулярное консультирование лечащим врачом, в том числе с применением телемедицинских технологий со специалистами ПСО в г. Анадырь до стабилизации состояния пациента и возможности транспортировки. При невозможности транспортировки больного рекомендована ТМК в первый час с момента госпитализации с кардиологом, реаниматологом ПСО для решения вопроса о дальнейшей тактике.

После стабилизации состояния пациент переводится для дальнейшего лечения в ПСО в г. Анадырь.

К пациентам среднего (промежуточного риска) с ОКСбпST относят пациентов с сахарным диабетом, почечной недостаточностью (СКФ<60 мл/мин/1,73м²), в течение 6 месяцев перенесшие ЧКВ, коронарное шунтирование.

Протокол учета времени при оказании медицинской помощи пациенту с острым коронарным синдромом

Медицинская организация, оказывающая скорую медицинскую помощь				
Номер карты вызова				
Медицинская организация, оказывающая специализированную медицинскую помощь				
Номер мед.карты стационарного больного				
Медицинская организация, оказывающая высокотехнологичную медицинскую помощь				
Номер мед.карты стационарного больного				
№	Заполняет медработник СМП	Дата	Время	Подпись
1	Появление первых симптомов			
2	Вызов бригады СМП			
3	Прибытие бригады СМП			
4	Оказание неотложной помощи:			

	ЭКГ			
	Антикоагулянт			
	Клопидогрел			
	Аспирин			
	Катетеризация периферической вены			
	Тромболитическая догоспитальная терапия или причины ее невыполнения			
5	Отъезд бригады СМП			
	Заполняет дежурный врач ПСО			
6	Время доставки пациента в сосудистый центр			
7	Осмотр в приемном отделении			
	Заполняют специалисты			
10	ЭхоКГ			
11	ЭКГ			
12	Тропониновый тест			
	Заполняет лечащий врач			
13	Выполнен тромболитизис			
При невыполнении тромболитизиса - указать причину: Диагноз клинический: Исход госпитализации, дата: Руководитель ПСО _____ / _____ (подпись) (расшифровка)				

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

Дата: ____ / ____ / ____ г.
 ФИО больного _____
 Возраст _____ лет
 Пол: м/ж
 Масса тела _____ кг

**Контрольный лист принятия решения бригадами СМП
о проведении пациенту с ОКС с подъемом сегмента ST тромболитической
терапии**

Таблица

Вопрос	ДА*	НЕТ
Предполагаемое время на транспортировку пациента от ПМК до дверей РСЦ/ЧКВ-центра более 60 минут **		
пациент ориентирован, может общаться		
характерный для ОКС (ИМ) болевой синдром и/или его эквиваленты продолжающиеся не менее 15-20 мин., но не более 12 часов		
выполнена качественная регистрация ЭКГ в 12 отведениях		
есть подъем сегмента ST на 1 мм и более в двух и более смежных отведениях ЭКГ или зарегистрирована блокада левой ножки пучка Гиса, которой раньше у больного не было		
врач/фельдшер СМП обучен проведению ТЛТ		

Вопрос	ДА*	НЕТ
в период транспортировки больного имеется возможность постоянного мониторингового контроля ЭКГ (хотя бы в одном отведении), внутривенных инфузий (обеспечен венозный доступ) и срочного систолическое давление крови не превышает 180 мм рт. ст., диастолическое давление крови не превышает 110 мм рт. ст.		
разница уровней систолического давления крови, измеренного на правой и левой руке не превышает 15 мм рт. ст.		
Отсутствует подозрение или установленный диагноз расслоения аорты		
в анамнезе отсутствуют указания на перенесенный геморрагический инсульт или нарушение мозгового кровообращения неизвестной этиологии (то есть не известна форма перенесенного ранее ОНМК: геморрагический или ишемический инсульт), а также ишемический		
отсутствуют клинические признаки кровотечения любой локализации (в том числе желудочно-кишечные и урогенитальные) или проявления геморрагического синдрома		
Нет данных за обострение язвенной болезни		
Нет анамнестических и клинических данных за инфекционный		
в представленных медицинских документах отсутствуют данные о проведении больному длительной (более 10 мин) сердечно-легочной реанимации или о наличии у него за последние 2 недели внутреннего		
в представленных медицинских документах отсутствуют данные о перенесенной за последний месяц серьезной травмы, хирургической операции, травмы головы, желудочно-кишечного кровотечения,		
в представленных медицинских документах отсутствуют данные о наличии беременности или терминальной стадии какого-либо		
в представленных медицинских документах отсутствуют данные о наличии у пациента желтухи, гепатита, почечной недостаточности и		
в представленных медицинских документах отсутствуют данные о пункции некомпенсируемых сосудов, биопсии печени, спинномозговой пункции в течение предшествующих 24 часов и		

* Проверьте и отметьте каждый из показателей, приведенных в таблице. Если отмечены все квадратики в столбце «Да» и ни одного в столбце «Нет», то проведение тромболитической терапии пациенту **показано**.

** обязательное проведение догоспитальной тромболитической терапии при отсутствии противопоказаний

Целевые показатели при оказании медицинской помощи пациентам с ОКС со стойким подъемом сегмента ST при оказании им скорой медицинской помощи

1. Интервал «прием вызова СМП – прибытие бригады СМП» не более 20 минут.

2. Интервал «первый медицинский контакт бригады СМП – регистрация ЭКГ» не более 10 минут.
3. Интервал «постановка диагноза ОКС с подъемом сегмента ST – тромболитическая терапия (далее – ТЛТ)» не более 10 минут.
4. ТЛТ на догоспитальном этапе после постановки диагноза - не менее 90%.

Приложение № 19
к приказу Департамента здравоохранения
Чукотского автономного округа
от «22» октября 2025г. № 880

Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия при остром коронарном синдроме.

Первичное направление в отделение неотложной кардиологии или палату интенсивной терапии:

Немедленное поступление пациента с симптомами ОКС в больницу с наличием квалифицированного персонала и оборудованием для диагностики и лечения инфаркта миокарда и нестабильной стенокардии.

Диагностика и стабилизация состояния:

Проведение необходимых диагностических процедур (ЭКГ, лабораторные анализы крови, визуализация коронарных артерий), определение показаний к тромболитической терапии, ангиопластике или стентированию.

Раннее начало реабилитации (I этап):

Начало реабилитационного процесса сразу после стабилизации состояния пациента. Цель: профилактика вторичных нарушений кровообращения, снижение рисков тромбообразования и повторного обострения. Включает физическую активность, дыхательную гимнастику, психоэмоциональную поддержку.

Направление на стационарную реабилитацию (II этап):

После выписки из больницы пациенту оформляется направление на продолжение реабилитации в специализированных учреждениях (санаториях, клиниках реабилитации). Цель: углубленная работа над улучшением физических возможностей, психологической адаптации, коррекции образа жизни.

Амбулаторная реабилитация (III этап):

Продолжение восстановительных мероприятий после возвращения пациента домой под наблюдением врача-терапевта или кардиолога в поликлинике по месту жительства. Может включать занятия физкультурой, консультации диетолога, психолога, физиотерапевта.

Оценка эффективности и корректировка плана реабилитации:

Периодическое оценивание прогресса пациента специалистами многопрофильных команд (врачи-физиотерапевты, неврологи, кардиологи, психологи), внесение изменений в программу реабилитации при необходимости.

Критерии перехода между этапами реабилитации:

- Завершение этапа I (ранней реабилитации) осуществляется после улучшения общего состояния пациента и отсутствия признаков угрозы жизни.
- Направление на второй этап (стационарную реабилитацию) рекомендуется спустя 7-10 дней после первого этапа, при наличии возможности организовать транспортировку и продолжить полноценную реабилитационную работу.
- Третий этап начинается после завершения стационарной реабилитации и продолжается длительное время (до полного восстановления трудоспособности или достижения максимального эффекта).

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

1. ЭКГ во время ПМК должно быть передано в дистанционный консультативный центр врачом/фельдшером общепрофильной бригады СМП для расшифровки (с обязательным сопровождением звонком по мобильной связи для максимального сокращения времени расшифровки).
2. При ухудшении состояния во время медицинской эвакуации и невозможности госпитализации в ПСО пациент эвакуируется в ближайшую медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь, и имеющую в своей структуре отделение (палату) реанимации и интенсивной терапии.
3. Прямая госпитализация с этапа СМП в ПСО согласовывается с ответственным дежурным врачом ПСО посредством телефонной связи.
4. В случае отказа пациента с ОКС от госпитализации в стационарное отделение медицинской организации передача информации в амбулаторно-поликлиническое учреждение по месту жительства пациента осуществляется уполномоченным лицом станции СМП в обязательном порядке.
5. При выписке из ПСО пациент с ОКС лечащим врачом направляется за пределы региона (Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Минздрава России г.Хабаровск, ФГБНУ «Томский НИМЦ» НИИ кардиологии», г. Томск; ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина», г. Новосибирск) на плановую КАГ при наличии показаний. Место проведения КАГ указываются в выписном эпикризе.
6. По окончании стационарного лечения пациент с установленным диагнозом инфаркта миокарда должен находиться под диспансерным наблюдением врача-кардиолога в первые 12 месяцев после установки диагноза, после высокотехнологичных методов лечения на коронарных артериях (чрескожное коронарное вмешательство и аортокоронарное и (или) маммарокоронарное шунтирование) в первые 12 месяцев после вмешательства в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022г №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного

наблюдения за взрослыми».

7. Пациенты, перенесшие инфаркт миокарда, коронарное шунтирование, ЧКВ со стентированием должны быть обеспечены лекарственными препаратами в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями в день выписки из стационара на амбулаторный этап лечения, при наличии права на получение социальной услуги в виде обеспечения лекарственными препаратами по следующим категориям:

- перечень приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.02.2024 № 37н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов в целях обеспечения в амбулаторных условиях лекарственными препаратами лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка $\leq 40\%$, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний»

- в соответствии с Федеральным законом «О государственной социальной помощи» (инвалиды по заболеванию);

- в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 30.07.2024г № 890 « О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшения обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения (по заболеванию либо по установленной льготной категории социального статуса).

Приложение № 20
к приказу Департамента здравоохранения
Чукотского автономного округа
от «22» октября 2025г. № 880

Алгоритм оказания медицинской помощи при остром нарушении мозгового кровообращения на догоспитальном этапе

1. Оказание медицинской помощи пациентам с ОНМК бригадами СМП осуществляется по территориальному принципу. Медицинская помощь при ОНМК оказывается общепрофильными бригадами СМП.

2. Фельдшер по приему вызовов и передаче их бригадам СМП определяет профильность бригады СМП в зависимости от повода для вызова, на основании жалоб пациента и результатов опроса по методике ("лицо - речь - рука").

3. Врач (фельдшер) бригады СМП:

3.1. осуществляет сбор анамнеза, уточнение сроков от начала

возникновения симптомов, физикальное обследование, термометрию, измерение АД, определение уровня глюкозы в крови, обеспечение венозного сосудистого доступа, регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) и, при необходимости, передачу ее в дистанционный консультативный центр; выявляет общемозговую, менингеальную, очаговую неврологическую симптоматику, заполняет сопроводительный лист больного с ОНМК определяет возможность проведения пациенту тромболитической терапии.

Противопоказаниями для проведения тромболитической терапии являются:

- давность инсульта - срок от начала заболевания более 2 часов или отсутствие достоверных сведений о давности инсульта;
- коматозное состояние;
- повторное нарушение мозгового кровообращения;
- эпилептический припадок в начале заболевания;
- печеночная и почечная недостаточность;

3.2. При наличии показаний к возможному проведению тромболизиса при ОНМК медицинский работник бригады СМП информирует пациента о необходимости проведения тромболизиса, получает устное согласие пациента или родственников, информирует приемное отделение стационара, выполняющего тромболизис о предстоящей доставке пациента по телефону приемного отделения 2-32-58.

4. Установленный диагноз "ОНМК", а также обоснованное подозрение на ОНМК, являются абсолютными показаниями для транспортировки пациента в ПСО стационар согласно Схеме маршрутизации.

5. Госпитализации в ПСО или иную МО подлежат все пациенты с подозрением на ОНМК.

Приложение № 21
к приказу Департамента здравоохранения
Чукотского автономного округа
от «22» октября 2025г. № 880

Алгоритм оказания медицинской помощи при остром нарушении мозгового кровообращения на госпитальном этапе

1. Первичное обследование и оценка тяжести состояния

- **Сбор анамнеза:** выясняется характер симптомов, предшествующие события, наличие факторов риска (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, курение).

- **Физикальное обследование:** оценивается сознание, неврологический статус, сердечно-сосудистая система, дыхательная активность.

- **Оценка уровня сознания** по шкале Глазго (если уровень сознания снижен ниже 8 баллов, необходима срочная интубация трахеи и искусственная вентиляция легких).

2. Лабораторные и инструментальные исследования - Общий анализ крови, биохимический анализ крови (глюкоза, электролиты, креатинин, мочевины, печёночные ферменты, коагулограмма).

- **Электрокардиография (ЭКГ)** для исключения инфаркта миокарда и

нарушений ритма сердца.

- **Компьютерная томография головного мозга (КТ)** для выявления очага кровоизлияния или ишемии, исключения опухолей и других патологий.

- **Магнитно-резонансная томография (МРТ)** дополнительно применяется для детального изучения сосудистых изменений и оценки степени поражения тканей мозга.

3. Начало неотложных терапевтических мероприятий

- **Поддержание адекватного артериального давления.** Важно поддерживать давление на уровне, достаточном для перфузии мозга, но избегать резких скачков АД.

- **Нормализация дыхания:** при наличии признаков гипоксии назначают кислородотерапию, при нарушениях дыхания проводят интубацию и искусственную вентиляцию лёгких.

- **Коррекция водно-электролитного баланса:** введение растворов электролитов и глюкозы согласно результатам анализов.

- **Противосудорожная терапия:** применение противоэпилептических препаратов при возникновении судорог.

- **Антикоагулянтная терапия:** при подтвержденном диагнозе ишемического инсульта возможно начало тромболитической терапии в первые часы после начала симптоматики.

4. Консультации узких специалистов.

- Невролога, кардиолога, эндокринолога, офтальмолога (при необходимости) для оценки сопутствующих состояний и коррекции лечения.

5. Наблюдение и мониторинг.

Постоянный контроль жизненных показателей (АД, пульс, дыхание, температура тела), регулярная регистрация динамики состояния пациента, коррекция плана лечения в зависимости от результатов обследования и реакции организма на терапию.

6. Физиотерапия и профилактика пролежней.

Регулярное изменение положения тела, использование специальных матрасов, физическая активизация пациентов с целью предотвращения развития пролежней и контрактур суставов.

7. Динамическое наблюдение и повторные исследования

Контрольные КТ или МРТ головы каждые 24 часа в течение первых суток, лабораторные тесты (коагулограмма, глюкоза крови, калий, натрий, кальций) ежедневно.

8. Организация реабилитации.

По мере улучшения состояния пациента начинается процесс восстановления двигательных функций, речи, памяти и когнитивных способностей посредством занятий с врачом-реабилитологом, логопедом, эрготерапевтом.

Алгоритм направления пациентов при ОНМК на получение реабилитационной и паллиативной помощи при выписке из стационара на основании/ШРМ.

Направление пациента на получение реабилитационной или паллиативной помощи после стационарного лечения осуществляется на основании определенных критериев, одним из которых является Шкала реабилитационного потенциала (ШРМ).

Алгоритм направления на реабилитационную помощь

1. Оценка реабилитационного потенциала (ШРМ)

Оценка состояния пациента по следующим параметрам:

- Физическая активность (способность самостоятельно передвигаться, обслуживать себя);
- Наличие сопутствующих заболеваний;
- Психологическое состояние (уровень мотивации, способность воспринимать инструкции врачей);
- Уровень боли и функциональных ограничений.

Эти критерии определяют реабилитационный потенциал пациента и помогают выбрать подходящий вид реабилитационных услуг.

2. Определение потребности в реабилитационной помощи Если пациент имеет низкий реабилитационный потенциал или ограниченную самостоятельность, решение принимается коллегиально медицинским консилиумом. В таком случае оформляется направление на продолжение курса реабилитации в специализированных учреждениях (реабилитационные центры, санатории-профилактории).

3. Оформление документов:

- Направление на реабилитационное обслуживание;
- Информация о проведенном лечении и достигнутых результатах;
- Рекомендованные виды реабилитационных процедур (физио-, трудотерапия, психотерапия и др.).

Это обеспечивает преемственность ухода и помогает избежать повторного обращения пациента в медицинское учреждение.

Алгоритм направления на паллиативную помощь.

1. Критерии назначения паллиативной помощи.

Основные критерии для перевода пациента на паллиативный уход:

- Отсутствие возможности радикального лечения основной болезни;
- Тяжелое общее состояние, нуждающееся в постоянном медицинском наблюдении;
- Высокая потребность в обезболивании и уходе.

2. Формирование рекомендаций.

Медицинская комиссия принимает решение о назначении паллиативных мер и выдает соответствующие заключения. Рекомендации включают режим

посещения медицинских учреждений, объем и частоту консультаций, перечень необходимых лекарств и технических средств.

3. Подготовка документации.

Оформляется письменное заключение комиссии, которое передается пациенту вместе с направлением на дальнейшее лечение. Если необходим дополнительный уход на дому, формируется заявка на привлечение социальных служб.

Приложение № 23
к приказу Департамента здравоохранения
Чукотского автономного округа
от «22» октября 2025г. № 880

Алгоритм направления пролеченных в ПСО на оказание помощи при поражении брахиоцефальных артерий

1. Выписка из ПСО

После окончания острого периода заболевания пациент выписывается из ПСО. В заключении указывают следующее:

- Результат проведенных диагностических исследований (ультразвуковая доплерография, КТ-ангиография, МРТ).
- Примененное лечение (эндоваскулярные манипуляции, хирургическое вмешательство, медикаментозная терапия).
- Динамическое наблюдение (контроль липидов крови, артериального давления, свертываемости крови).

2. Повторная консультация в сосудистом центре

Пациент повторно направляется в сосудистый центр для контроля динамики заболевания и коррекции лечения. Периодичность осмотров устанавливается индивидуально исходя из тяжести поражения БЦА и применённого метода лечения:

- Через 1-3 месяца после выписки для проверки эффекта терапии.
- Ежегодно или чаще при наличии факторов риска прогрессирования заболевания.

3. Плановое диспансерное наблюдение

Планово назначаются следующие исследования и консультанты:

- УЗИ брахиоцефальных артерий ежегодно или каждые полгода при высоком риске рецидива.
- Электрокардиограмма, суточное мониторирование ЭКГ при нарушениях сердечного ритма.
- Консультация эндокринолога при сахарном диабете.
- Назначение антигипертензивных препаратов, статинов, антитромботических средств при соответствующих показаниях.

4. Организация активного образа жизни

Рекомендуется соблюдать здоровый образ жизни:

- Рациональное питание (ограничение соли, животных жиров, простых углеводов).

- Адекватная физическая нагрузка (ходьба, плавание, лёгкая атлетика).
- Курсовое посещение курсов дыхательной гимнастики, массажа шейно-грудного отдела позвоночника.

5. Регулярный мониторинг факторов риска

Необходимо регулярно контролировать факторы риска, такие как курение, алкоголь, стрессовые нагрузки, ожирение, гиперхолестеринемия, гипертония.

Приложение № 24
к приказу Департамента здравоохранения
Чукотского автономного округа
от «22» октября 2025г. № 880

Регламент маршрутизации пациентов со стенотическим поражением брахиоцефальных артерий.

Шаг 1: Первичное обследование

Пациент поступает в поликлинику или скорую помощь с признаками нарушения мозгового кровообращения. Врачи проводят предварительное обследование, включающее сбор анамнеза, физикальное обследование и назначение базовых лабораторных анализов.

Шаг 2: Уточнение диагноза

При подозрении на стенотическое поражение брахиоцефальных артерий пациент направляется на дополнительные методы исследования, такие как дуплексное сканирование сонных артерий, магнитно-резонансную ангиографию (МРА) или компьютерную томографическую ангиографию (КТА).

Шаг 3: Выбор лечебного учреждения

В зависимости от тяжести заболевания и доступности медицинских услуг пациент направляется в одно из следующих учреждений:

- Терапевтическое отделение больницы для стабилизации состояния и подбора медикаментозной терапии.
- Неврологический стационар для углубленного обследования и принятия решения о тактике лечения.
- Федеральный центр сосудистой хирургии для проведения оперативного вмешательства (каротидная эндартерэктомия, стентирование).

Шаг 4: Послеоперационный период

После проведенного оперативного вмешательства пациент проходит реабилитационные мероприятия, направленные на восстановление утраченных функций и профилактику повторных эпизодов инсульта.

Особенности маршрутизации

- Транспортировка пациентов должна осуществляться специализированным транспортом с медицинским сопровождением.
- Все случаи должны регистрироваться в информационной системе здравоохранения региона для последующего анализа и улучшения качества оказания помощи.

Алгоритм оказания медицинской помощи при хронической сердечной недостаточности

1. Медицинская помощь пациентам с ХСН оказывается в виде:
 - первичной медико-санитарной помощи;
 - скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
 - специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях ЧАО.
2. Медицинская помощь пациентам с ХСН может быть оказана:
 - экстренно при внезапных острых заболеваниях (состояниях), обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;
 - неотложно при внезапных острых заболеваниях (состояниях), обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;
 - планово, когда отсрочка оказания медицинской помощи на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.
3. Медицинская помощь пациентам с установленным диагнозом ХСН оказывается медицинскими организациями 2-х уровней:
 - первый уровень – медицинские организации, имеющие в структуре отделение терапии, оказывающие медицинскую помощь при ХСН – первичные центры лечения ХСН, а также оказывающие первичную медико-санитарную, первичную специализированную медицинскую помощь - кабинет специализированного приема пациентов с ХСН с возможностью функционального обследования и кратковременного пребывания больного после манипуляций, ведением регистра ХСН с прикрепленных территорий;
 - второй уровень – медицинские организации, имеющие в составе первичные сосудистые отделения, на койках которых создаются межрайонные центры лечения ХСН и самостоятельные межрайонные центры, где имеются кардиологические койки и оказывается специализированная медицинская помощь, пациентам с диагнозом ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз, ХСН II-IV стадия, осуществляются консультации пациентов, наблюдаемых в

первичных центрах ХСН, в том числе с применением телемедицинских технологий;

4. В медицинских организациях первого уровня осуществляется выявление пациентов с ХСН и направление в первичное сосудистое отделение по экстренным и неотложным показаниям в соответствии с маршрутизацией. В плановом порядке при необходимости (уточнение генеза, подбор терапии, лечение рефрактерной ХСН,) пациент госпитализируется в окружную больницу после предварительной телемедицинской консультации.

5. Медицинская эвакуация больных с прикрепленных территорий при острой декомпенсации сердечной недостаточности осуществляется бригадами СМП в соответствии с маршрутизацией.

6. Все медицинские организации, участвующие в оказании медицинской помощи при хронической сердечной недостаточности применяют кодирование применения кодирования ХСН в медицинской информационной системе вторым кодом (осложнение основного диагноза) I50 (МКБ-10) в случаях наличия стадии ХСН 2Б - 3 и/или функционального класса III - IV и/или фракции сердечного выброса по методу Симпсона менее или равно 40%; применение кодирования у пациентов с ИБС в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса кодов: I50 (см.пункт выше) и I48 в качестве неосновного диагноза (осложнения основного диагноза)

Уровни государственных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пациентам с ХСН

Медицинские организации первого уровня



Медицинская организации второго уровня



(первичные сосудистые отделения)

Привычная декомпенсация ХСН у пациентов с низкой приверженностью к лечению при условии наличия предшествующей консультации врача-кардиолога и/или предшествующей госпитализации в терапевтические отделения медицинских организаций с подбором терапии;

Пациенты с острой сердечной недостаточностью, за исключением случаев ОКС, декомпенсация хронической сердечной недостаточностью;

Пациенты с показаниями к госпитализации на 2 уровень, но с высоким риском смерти при транспортировке (с последующей телемедицинской консультацией и дальнейшей медицинской эвакуацией).

Основные принципы организации сестринского патронажа больных с ХСН

Мониторинг состояния больных с ХСН осуществляется посредством посещения на дому и/или телефонных контактов в установленные сроки (в первый месяц после выписки из стационара – еженедельно, далее при условии стабильности клинического состояния – ежемесячно). При проведении сестринского патронажа применяется «Алгоритм действия медицинской сестры патронажа при ухудшении состояния пациента с ХСН» (раздел VII настоящего раздела).

В ходе посещения/телефонного контакта оценивается степень стабильности состояния пациента. При проведении телефонного патронажа применяется «Алгоритм телефонного опроса медицинской сестрой пациента с ХСН» (раздел VII настоящего раздела).

При появлении симптомов, свидетельствующих об ухудшении состояния больного с ХСН, патронажная медсестра докладывает врачу для принятия решения. Медицинская сестра также заполняет «Карту-вкладыш по результатам телефонного опроса медицинской сестры кабинета ХСН» (раздел VII настоящего раздела).

Вариантами решения о дальнейших действиях врача могут быть:

- приглашение пациента для плановой коррекции терапии;
- активное посещение пациента врачом-терапевтом;
- вызов скорой медицинской помощи для госпитализации по экстренным показаниям.

В случае ограниченной (сезонной) транспортной доступности перевод в ПСО пациентов осуществляется преимущественно посредством санитарной авиации.

Формы отчетов и мониторингов

Алгоритм телефонного опроса медицинской сестрой пациента с ХСН

№ П/П	Вопросы	Требует звонка или посещения врача
1.	Задыхаетесь ли Вы при ходьбе в небольшую гору или при уборке квартиры?	<*>
1.1.	*(если ответ "Да") Отмечаете ли Вы усиление одышки или снижение трудоспособности в течение 1 месяца?	Да
2.	Есть ли у Вас боли в грудной клетке при ходьбе?	<*>
2.1.	*(если ответ "Да") Отмечаете ли Вы появление или усиление болей в грудной клетке при ходьбе в течение 1 месяца?	Да
3.	Есть ли у Вас отеки ног?	<*>
3.1.	*(если ответ "Да") Отмечаете ли Вы увеличение или появление отеков в ближайший месяц?	Да
4.	Какой/какое Ваше: 1. Привычное артериальное давление за последние 2 недели?	> 140/80 мм рт. ст.
	2. Пульс в покое?	> 100 в минуту
	3. Появление неравномерного ритма?	Да
	4. Максимальное артериальное давление за последние 2 недели?	> 180/100 мм рт. ст.
	5. Вес (последнее измерение)?	-
	Внести полученный данные в электронную карту.	
	<i>"Рекомендуем Вам завести специальный дневник, в котором Вы будете ежедневно записывать такие показатели как уровень АД, пульса, веса"</i>	
4.5.	Насколько увеличился Ваш вес за 1 месяц?	Более 2 кг
5.	Были ли у Вас потери сознания, нарушение речи или эпизоды повышения АД более 180/110 мм рт. ст. в ближайший месяц?	Да
6.	Принимаете ли Вы лечение, назначенное врачом?	Нет
6.1	Какой у Вас запас препаратов по льготным рецептам (в днях)?	Менее 25 дней
<*> При ответе на вопросы 1, 2, 3, "Да" - необходима оценка ответов врачом на следующие вопросы с последующим решением вопроса о необходимости очной консультации в индивидуальном порядке.		

Карта-вкладыш по результатам телефонного опроса пациентов с ХСН

№ П/ П	Показатель	Дата опроса	Дата опроса	Дата опроса
1.	АД (мм рт. ст.)			
2.	ЧСС (уд./мин)			
3.	Неравномерный ритм			
4.	Вес (кг)			
5.	Одышка (динамика)			
6.	Отеки (уровень)			
7.	Переносимость физических нагрузок			
8.	Приверженность к "кардио" терапии			
9.	Тактика			
10.	Дополнительная информация			
11.	ФИО, подпись медицинской сестры			
12.	ФИО, подпись врача			

Чек-лист скрининга на предмет наличия ХСН

№ П/П	Критерий	Баллы
1.	ФВ ЛЖ < 50%	1
2.	Одышка при ходьбе менее 300 метров/подъеме на 2-й этаж	1
3.	Отеки голеней	1
4.	Положение ортопноэ	1
5.	Прием 2-х диуретиков и более	1
6.	Инфаркт миокарда в анамнезе	1
7.	Нарушения ритма сердца по типу фибрилляции- трепетания предсердий	1
8.	КАГ с известным коронарным поражением	1
9.	СД более 10-ти лет	1
10.	ХОБЛ более 10-ти лет	1
11.	ХБП С3б-С5	1
12.	Ожирение 3 степени	1

Форма квартального отчета

	Показатель	_____месяц 20__	Нарастающим итогом с 01.02. 20__
1	Госпитализировано пациентов с СН всего, чел		
1.1.	- из них пациентов в экстренном порядке, чел		
1.1.1.	Из них с декомпенсацией ХСН, чел		
1.1.2.	С острой СН, чел		
1.1.3.	Умерших, чел		
1.2.	- в плановом порядке, чел		
1.2.1.	Из них умерших, чел		
2	Летальность от ХСН, %		
3	Выявлены показания к ВМП, чел		
4	Направлены на ВМП, чел		
5	Проведено ТМК с профильными ФЦ, НМИЦ		
6	Проведено внутрирегиональных ТМК		
7	Проведено образовательных семинаров со специалистами МО 1 и 2 уровней		
8	Доля отклонений от КР при проведении экспертизы качества первичной медицинской документации, %		

Форма годового отчета

	Показатель	12 мес отчетного периода	12 мес предыдущего периода
1	Госпитализировано пациентов с СН всего, чел		
1.1.	- из них пациентов в экстренном порядке, чел		
1.1. 1.	Из них с декомпенсацией ХСН, чел		
1.1. 2.	С острой СН, чел		
1.1. 3.	Умерших, чел		
1.2.	- в плановом порядке, чел		
1.2. 1.	Из них умерших, чел		
2	Летальность от ХСН, %		
3	Выявлены показания к ВМП, чел		
4	Направлены на ВМП, чел		
5	Проведено ТМК с профильными ФЦ, НМИЦ		
6	Проведено внутрирегиональных ТМК		
7	Переведено пациентов с ХСН в профильные ФЦ, НМИЦ, чел		
8	Переведено пациентов с ХСН «на себя»		
9	Проведено образовательных семинаров со специалистами МО 1 и 2 уровней		
10	Доля отклонений от КР при проведении экспертизы качества первичной медицинской документации, %		

Заболеваемость ХСН в разрезе районов на 1000 взрослого населения (табл)

Летальность от ХСН в МО 2 и 3 уровней

Охват пациентов с ХСН диспансерным наблюдением

Доля пациентов, дважды посетивших врача от общего числа находящихся под ДН (целевое значение 100%)

Доля пациентов, кому была оказана ВМП

Анализ летальности от ХСН:

Средний возраст умерших от ХСН

Доля получавших оптимальную базовую терапию среди умерших

Доля пациентов, кому была оказана ВМП

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

Район	Медицинские организации первичного и специализированного уровней		Медицинские организации третьего уровня
	Амбулаторные	Стационарные	
г. Анадырь, Анадырский район, Провиденский район, Чукотский район	ГБУЗ «Чукотская окружная больница», Чукотский автономный округ, г. Анадырь, ул. Ленина, д. 1	ГБУЗ «Чукотская окружная больница», Чукотский автономный округ, г. Анадырь, ул. Ленина, д. 1	-
Билибинский район	ГБУЗ «Чукотская окружная больница» филиал - Билибинская районная больница, Чукотский автономный округ, Билибинский муниципальный район, г. Билибино, ул. Приисковая, д. 12	ГБУЗ «Чукотская окружная больница» филиал - Билибинская районная больница, Чукотский автономный округ, Билибинский муниципальный район, г. Билибино, ул. Приисковая, д. 12	
Иультинский район	ГБУЗ «Чукотская окружная больница» филиал - Иультинская районная больница, Чукотский автономный округ, городской округ Эгвекинот, ул. Ленина, д. 25	ГБУЗ «Чукотская окружная больница» филиал - Иультинская районная больница, Чукотский автономный округ, городской округ Эгвекинот, ул. Ленина, д. 25	
Чаунский район	ГБУЗ «Чукотская окружная больница» филиал - Чаунская районная больница, Чукотский автономный округ, Чаунский муниципальный район, г. Певек, ул. Куваева, д. 17	ГБУЗ «Чукотская окружная больница» филиал - Чаунская районная больница, Чукотский автономный округ, Чаунский муниципальный район, г. Певек, ул. Куваева, д. 17	

Алгоритм скрининга в группах риска развития ХСН.

Оценка анамнеза пациента, включая наличие сердечно-сосудистых заболеваний, гипертонии, диабета, ожирения и курения. - Физикальное

обследование, включающее измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений и пульса.

Лабораторные исследования:

- Анализ крови на уровень холестерина, глюкозы, креатинина и электролитов.
- Определение уровней натрийуретического пептида BNP (brain natriuretic peptide) или NT-proBNP (N-terminal pro-brain natriuretic peptide).

Инструментальная диагностика:

- Электрокардиография (ЭКГ) для выявления нарушений ритма и проводимости.
- Эхокардиография (ЭхоКГ) для оценки структуры и функции сердца.
- Рентгенография грудной клетки для исключения патологии легких и увеличения размеров сердца.

Оценка функционального статуса:

- Использование шкал оценки функционального класса, таких как классификация Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA).
- Тестирование физической активности, например, шестиминутный тест ходьбы.

Дополнительные обследования:

- Если имеются подозрения на ишемическую болезнь сердца, может потребоваться коронарография или стресс-тест.
- Для оценки наличия аритмии может использоваться холтеровское мониторирование ЭКГ.

Определение группы риска:

- Пациенты с высоким риском развития ХСН требуют более тщательного наблюдения и регулярных повторных обследований.
- Индивидуализация подхода к каждому пациенту в зависимости от степени риска.

Начало профилактической терапии:

- Изменение образа жизни, включая отказ от курения, снижение потребления соли, увеличение физической активности.

- Медикаментозная терапия, направленная на контроль артериальной гипертензии, сахарного диабета и дислипидемии.

Динамическое наблюдение:

- Периодическое повторение скрининговых процедур для контроля эффективности профилактики и раннего выявления признаков ХСН.

Приложение № 26
к приказу Департамента здравоохранения
Чукотского автономного округа
от «22» октября 2025г. № 880

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

1 этап: Подтверждение наличия хронического нарушения насосной функции сердца, оценивая клинические симптомы и объективные признаки.

Основные признаки ХСН:

- Устойчивые одышка и утомляемость;
- Перебои в сердцебиении и боли в груди;
- Увеличение печени и периферические отёки;
- Данные лабораторных исследований (уровень натрия и калия, биохимия крови).

2 этап: уточняющие диагностические тесты:

- Стресс-эхокардиография для оценки сократительной способности миокарда;
- Радиоизотопная вентрикулография для изучения объёмов желудочков и фракции выброса;
- Коронарография и КТ-ангиография для проверки состояния артерий сердца;
- Исследование биомаркёров сердечной недостаточности (натрийуретические пептиды, тропонины).

3 этап: Направление в профильный федеральный центр

При наличии подозрений на тяжелую форму ХСН или потребности в высокотехнологичном исследовании, пациент направляется в одно из федеральных учреждений.

**Алгоритм преемственности стационарного и амбулаторного лечения
больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями**

1. По завершении лечения в стационарных условиях пациенты, перенесшие ОКС, должны быть направлены на консультацию к врачу-кардиологу, поликлиники с обязательным указанием даты консультативного приема в выписном эпикризе.

2. При выписке из стационара больному на руки выдается выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного с результатами проведенного обследования и лечения, рекомендациями по дальнейшей тактике наблюдения, обследования и лечения.

3. После выписки из стационара в течение 24 часов информация о пациенте передается в структурные подразделения, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь по месту жительства для дальнейшего динамического наблюдения и лечения.

4. Пациенты с ОКС, ОНМК, получившие, медицинскую помощь в ПСО, направляются на продолжение реабилитации в отделение реабилитации ГБУЗ ЧОБ (амбулаторные условия).

5. По окончании стационарного лечения пациент с установленным диагнозом инфаркта миокарда в 3-дневный срок пациент должен быть взят под диспансерное наблюдение должен находиться под диспансерным наблюдением врача-кардиолога в первые 12 месяцев после установки диагноза, после высокотехнологичных методов лечения на коронарных артериях (ЧКВ и аортокоронарное и (или) маммарокоронарное шунтирование) в первые 12 месяцев после вмешательства, в соответствии с Порядком проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. №168н.

7. Руководителям окружных государственных учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь обеспечить

- в срок до трех дней от момента выписки из стационара постановку на диспансерное наблюдение, выписку рецепта на льготное лекарственное обеспечение пациентам, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием, катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, за исключением лиц, имеющих право на получение социальной услуги в виде обеспечения лекарственными препаратами в соответствии с Федеральным законом «О государственной социальной помощи»;

8. В срок до трех дней от момента выписки из стационара или при выявлении на амбулаторном этапе постановку на диспансерное наблюдение и

выписку рецепта на льготное лекарственное обеспечение в соответствии с перечнем лекарственных препаратов, утвержденных приказом Минздрава России от 29.09.2022 №639н пациентам, страдающим ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка менее или равно 40%, за исключением лиц, имеющих право на получение социальной услуги в виде обеспечения лекарственными препаратами в соответствии с Федеральным законом «О государственной социальной помощи». Приказ МЗ РФ от 06.02.2024 года № 37Н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов в целях обеспечения в амбулаторных условиях лекарственными препаратами лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний».

6. Обеспечение лекарственными препаратами в амбулаторных условиях указанных пациентов, осуществляется в соответствии с порядком льготного лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях пациентов высокого риска с целью профилактики осложнений сердечно – сосудистых заболеваний, утвержденным приказом Департамента здравоохранения Чукотского АО от 01.02.2022 года №50 «Об утверждении Порядка льготного лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях пациентов высокого риска с целью профилактики осложнений сердечно – сосудистых заболеваний на территории Чукотского автономного округа».

Приложение № 28
к приказу Департамента здравоохранения
Чукотского автономного округа
от «22» октября 2025г. № 880

Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий на этапе оказания стационарной медицинской помощи

1. Скрининговое ультразвуковое обследование брахиоцефальных артерий с целью выявления окклюзионно-стенотического поражения брахиоцефальных артерий.

2. При выявлении во время стационарного лечения по данным скринингового ультразвукового обследования окклюзионно-стенотического поражения экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий при необходимости проводится компьютерно-томографическая ангиография брахиоцефальных и церебральных артерий.

3. Специализированная медицинская помощь пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий хирургическими методами на территории Чукотского автономного округа не оказывается, направление пациентов осуществляется за пределы округа в соответствии с Постановлением Правительства Чукотского автономного округа от 23 мая 2017г. №195 «Об утверждении Порядка по обеспечению доступности специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи населению». Отбор и подготовка пациентов для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется на этапе первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи.

Приложение № 29
к приказу Департамента здравоохранения
Чукотского автономного округа
от «22» октября 2025г. № 880

**Алгоритм организации выявления на уровне
фельдшерско-акушерского пункта, врачебной амбулатории и участковой
больницы пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями**

1. Анкетирование жителей в возрасте старше 18 лет с целью выявления риска сердечно-сосудистых заболеваний:

- антропометрия (определение роста, веса);
- определение индекса массы тела;
- сбор информации о вредных привычках (курение, употребление алкоголя).

2. Сортировка анкет на группы здоровья и группы риска:

2.1. В случае отсутствия у анкетизируемых факторов риска на сердечно-сосудистую патологию организовать:

- выдачу рекомендаций по здоровому образу жизни;
- профилактику сердечно-сосудистой патологии согласно рекомендациям по здоровому образу жизни.

2.2. В случае выявления у анкетизируемых факторов риска на сердечно-сосудистую патологию:

- формируется список пациентов, входящих в группу риска по развитию сердечно-сосудистых заболеваний;
- осуществляется направление на консультацию к врачам амбулаторно-поликлинического звена районных больниц для дальнейшего обследования, постановки диагноза и организации лечения.

3. Для пациентов с выявленными заболеваниями сердечно-сосудистой патологии:

- организуется постановка на диспансерный учет с динамическим наблюдением;
- врачом назначается лечение и повторное направление на консультацию к специалистам.

В результате проведенного исследования фельдшер фельдшерско-акушерского пункта, фельдшер или врач врачебной амбулатории и участковой больницы владеет информацией о состоянии здоровья обслуживаемого населения, формирует группу риска по сердечно-сосудистой патологии, определяет дальнейший маршрут пациентов, участвует в реализации персональной программы по коррекции образа жизни пациентов.

отделения, на амбулаторном этапе									
Количество пациентов, находящихся на оптимальной медикаментозной терапии после перенесенных ОИМ, ОНМК									
количество пациентов, обратившихся для решения вопроса о дальнейшем оперативном лечении, нуждающихся в получении СМП и ВМП за пределами округа									

Форма мониторинга догоспитальной тромболитической терапии при ОКСпСТ для службы скорой медицинской помощи

Дата	Число ОКСпСТ (I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9)	Число проведенного тромболизиса	Причины непроведения ТЛТ
ДД.ММ.ГГ			

Приложение № 31
к приказу Департамента здравоохранения
Чукотского автономного округа
от «22» октября 2025г. № 880

Регламент маршрутизации пациентов в кабинеты антикоагулянтной терапии

1. Общие положения

1.1. Кабинет антикоагулянтной терапии (далее - АКТ) создается и функционирует на базе поликлиники на базе в целях обеспечения эффективности и безопасности антикоагулянтной терапии, улучшении качества и прогноза жизни пациентов, нуждающихся в длительной и пожизненной антикоагулянтной терапии.

1.2. Руководство и контроль деятельности кабинета АКТ осуществляет

.....

1.3 Кабинет АКТ ведет диспансерное наблюдение за взрослым населением (в возрасте от 18 и старше), которым требуется прием антикоагулянтной терапии. Диспансерное наблюдение областного кабинета АКТ распространяется на пациентов, проживающих в отдаленных участках области, где нет возможности консультации кардиолога и контроля показателей гемостаза на АКТ.

1.4 В кабинет АКТ рекомендуется направлять:

- пациентов, получающих варфарин и имеющие лабильные значения МНО (международное нормализованное отношение);
- пациенты, получающих прямые оральные антикоагулянты, имеющие геморрагический осложнения на стандартной дозе на фоне сопутствующей патологии или повторный сосудистые события;
- пациентов, получающих комбинированную антитромботическую терапию (двойную дезагрегантную или антикоагулянтную + дезагрегантную) с частыми подкожными гематомами, наружными или внутренними кровотечениями;
- пациентов с неопределенными причинами тромботических осложнений, требующих верификации причин сосудистых событий (в координации с мультидисциплинарной командой врачей).

1.5 Пациенты пункта 1.4 соответствуют группам диспансерного наблюдения согласно ПП Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 марта 2022 г. N 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»:

- ППС. Аневризмы и расслоения аорты. Протезы клапанов, сердечные и сосудистые имплантаты. (I05 - I09. I34 - I37. I51.0 - I51.2. I71. Z95.2 – Z95.4. Z95.8 – Z95.9)
- ИБС, АКШ, ЧКВ (I20 -I25. Z95.1. Z95.5)
- ТЭЛА (I26)
- Остры и подострый Эндокардит (I33. I38 – I39)
- Миокардит (I40. I41. I51.4)
- Кардиомиопатия (I42)
- Сердечная недостаточность(I50)
- Нарушения ритма и проводимости. ЭКС (I44 – I49. Z95.0)

2. Задачи

2.1. Оказание специализированной консультативной помощи пациентам с высоким риском возникновения тромбозов и тромбоэмболий.

2.2. Оказание специализированной консультативной помощи пациентам с высоким риском возникновения геморрагических осложнений на фоне АКТ.

2.3. Контроль терапии непрямыми антикоагулянтами, значений международного нормализованного отношения (МНО)

2.4. Повышение информированности и приверженности к лечению непрямыми антикоагулянтами среди пациентов и медицинских работников по основным вопросам АКТ.

3. Функции

3.1. Контроль за достижением терапевтического диапазона уровня гипокоагуляции при назначении варфарина с целью профилактики тромботических и геморрагических осложнений.

3.2. Своевременная коррекция отклонений значений МНО от целевого диапазона гипокоагуляции.

3.3. Применение методов генетической диагностики с целью повышения эффективности и безопасности АКТ.

3.4. Разработка и внедрение обучающей программы для пациентов, направленной на повышение информированности и приверженности к лечению антикоагулянтами; проведение обучающих семинаров, лекций на курсе последипломного повышения квалификации врачей по основным вопросам назначения АКТ.

4. Организационная структура

4.1. Кабинет АКТ включает в себя:

консультативный прием врача - кардиолога;
экспресс - диагностика МНО в капиллярной крови;
стационарная лаборатория (с соблюдением срока выдачи результата и коррекцией дозы АКТ);

4.2. Кабинет АКТ:

осуществляет организационно — методическую деятельность;
имеет базу данных персонализированного контроля МНО, полученных в кабинете экспресс-диагностики;
обеспечивает возможность анализа данных и формирование рекомендаций по тактике ведения пациентов.

4.4. Прием врача - кардиолога осуществляется на основе данных экспресс — диагностики МНО или результата МНО из стационарной лаборатории (с учетом преаналитических ошибок) у пациентов, принимающих варфарин, в результате чего проводится: коррекция АКТ; осуществляется профилактика геморрагических и тромботических осложнений.

4.5. Пациентам, получающих двойную дезагрегантную или антикоагулянтной + дезагрегантной терапии и имеющих геморрагические неоднократные геморрагические осложнения врач-кардиолог проводит коррекцию дозы в каждом индивидуальном случае, обучает пациента правильному действию, в случае в появления факторов риска геморрагий, или возникновения геморрагического осложнения.

4.6. Пациентам, перенесшим тромбоэмболию легочной артерии или тромбоз других артерий организма (особенно имеющим неопределенный источник возникновения тромба), врач-кардиолог проводит полный анализ по семейному анамнезу, анамнезу заболевания и анамнезу жизни, а также анализ результатов инструментальных или лабораторных методов исследования, и расписывает дальнейшую тактику ведения пациента с привлечением специалистов смежных специальностей и обследования на предмет онкопатологии, эндокринной патологии или патологии гемостаза.

5.2 Врач-кардиолог кабинета АКТ устанавливает группу диспансерного наблюдения пациентов согласно пункту 1.4 и 1.5; ведет учет лиц, находящихся под диспансерным наблюдением; информирует о порядке, объеме и периодичности диспансерного наблюдении; организует и осуществляет проведение диспансерных приемов (осмотров, консультаций), профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

5.3 Контроль антропометрических, гемодинамических, инструментальных и клиничко — лабораторных данных пациентов, включая показатели гемостаза, соответствующих пунктам 1.4 и 1.5 проводится согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ от 15 марта 2022 г. N 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»

5.4. Врач-кардиолог кабинета АКТ предоставляет отчет о работе кабинета АКТ заведующей поликлиникой.

Регламент маршрутизации пациентов с нарушением липидного обмена

1. Общие положения.

Настоящий регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи пациентам с нарушением липидного обмена.

Для целей настоящего регламента к нарушениям липидного обмена относятся состояния, соответствующие кодам E78.0-78.6, E78.8-78.9 международной классификации болезней десятого пересмотра.

Липидный центр создается и функционирует на базе поликлиники с целью удовлетворения потребностей населения региона в специализированной амбулаторно-поликлинической помощи с использованием современных медицинских технологий диагностики и лечения пациентов с нарушениями липидного обмена.

Непосредственное руководство липидным центром осуществляет

2. Задачи центра

Планирование, организация и ведение регистра пациентов с наследственными нарушениями липидного обмена и с доказанной непереносимостью статинов.

Активное выявление, динамическое наблюдение и лечение лиц с тяжелыми нарушениями липидного обмена, включая наследственные нарушения липидного обмена, раннее агрессивное течение атеросклероза, в том числе мультифокального характера, непереносимостью липидоснижающей терапии.

3. Функции центра

Планирование, организация и ведение регистра пациентов с наследственными нарушениями липидного обмена и с доказанной непереносимостью статинов. Формирование списка пациентов, принимающих таргетную терапию (алирокумаб/эвалокумаб/инклисиран), осуществление диспансерного наблюдения.

Контроль за достижением у пациентов целевых показателей липидного профиля с помощью подбора рациональных дозировок гиполипидемической терапии с целью уменьшения сердечно-сосудистого риска, профилактики осложнений при заболевании сердечно-сосудистой системы, включая

мультифокальный атеросклероз и генетически обусловленные нарушения липидного обмена.

Оказание организационно-методической и научно-практической помощи медицинским организациям по отбору пациентов для направления в липидный центр.

Разработка и внедрение обучающих программ для пациентов, направленной на повышение информированности и приверженности к гиполипидемической терапии.

Организация Школ здоровья для пациентов с дислипидемиями и их родственников, подготовка методических руководств по проведению таких школ.

4. Организация деятельности липидного центра

В липидный центр на первичную консультацию пациенты направляются врачами учреждений: кардиологами и терапевтами участковой службы при наличии следующих показаний:

- пациенты с индивидуальным анамнезом сердечно-сосудистых заболеваний в молодом возрасте (до 40 лет);

- недостижение целевых значений липидного профиля при очень высоком сердечно-сосудистом риске на фоне адекватной гиполипидемической терапии в максимально переносимых дозах в течение не менее трех месяцев или при ее непереносимости, в том числе для определения показаний к инициации инновационной гиполипидемической терапии и/или эфферентным методам коррекций нарушения липидного обмена.

- уровень общего холестерина в венозной крови > 10 ммоль/л или уровень ХС ЛНП венозной крови $> 7,5$ ммоль/л, и/или уровень триглицеридов венозной крови > 10 ммоль/л.

- уровень холестерина венозной крови > 8 ммоль/л и/или уровень ХС ЛНП венозной крови > 5 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 заболевания генеза (ишемическая болезнь сердца, в том числе перенесенный инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, атеросклеротическое заболевание брахиоцефальных артерий/ периферических артерий со значимыми стенозами сосудов.

Регламент проведения телемедицинских консультаций

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

Региональный регламент формируется на основании и в соответствии с:

с частью 1 статьи 36.2 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и подпунктом 5.2.17(1) пункта 5 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 608, в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 30 ноября 2017 года №965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (с 01.09.2025 в соответствии с Приказом № 193н от 25.04.2025 «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»)

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

ТМК организуются и проводятся в МО в соответствии с системой оказания медицинской помощи, в целях определения тактики диагностики, лечения и медицинской реабилитации, оценки эффективности лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента.

ТМК осуществляются в единой Региональной телемедицинской медицинской информационной системе (далее – РТМС) в защищенном контуре для проведения ТМК на уровне области. Точкой входа для всех медицинских организаций и медицинских сотрудников является закрытый защищенный контур, при этом каждый медицинский работник, подключенный к системе, сверяется с федеральным реестром медицинских работников.

Виды телемедицинских консультаций:

1. Консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой при оказании медицинской помощи в экстренной, неотложной и плановой формах;
2. Консультации с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой в целях вынесения заключения по результатам диагностических исследований;
3. Консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями при оказании медицинской помощи;
4. Дистанционное медицинское наблюдение за состоянием здоровья пациента (далее - дистанционное наблюдение).

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

При проведении консультаций пациентов и (или) их законных представителей

с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться

коррекция ранее назначенного пациенту лечения и реабилитации, в том числе

формирование рецептов на лекарственные препараты в форме электронного документа,

при условии установления лечащим врачом диагноза и назначения лечения по данному

обращению ранее на очном приеме (осмотре, консультации)

В случае обращения пациента без предварительного установления диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации) медицинское заключение

может содержать рекомендации пациенту или его законному представителю о

необходимости проведения предварительных обследований, а также дате и месте

проведения очного приема (осмотра, консультации).

Группы ДН пациентов с ССЗ, подлежащих программам дистанционного мониторинга с определением спектра витальных показателей и возможности оценки комплаентности назначаемой терапии, а также определены сроки проведения программы в рамках ДН.

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

- Инфаркт миокарда или ОНМК в анамнезе; не менее 2х раз в год.
- Иные пациенты, имеющие право на льготу согласно приказу Минздрава России от 06.02.2024 N 37н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов в целях обеспечения в амбулаторных условиях лекарственными препаратами лиц, находящихся под диспансерным наблюдением...», не менее 2х раз в год на территориях не обеспеченных кардиологическим приемом
- Жизнеугрожающее нарушение ритма (по показаниям, в начальном периоде наблюдения ежемесячно, до стабилизации ритма при медикаментозном лечении, либо после оперативного вмешательства.
- ХСН с ФВ менее 40% с целью коррекции лечения и проведения дополнительного обследования, либо отбора на ВМП, не менее 2х раз в год;
- Коррекция лечения пациентов, получающих липидснижающую терапию и не достигших целевого значения ЛПНП;
- Лечение коморбидных пациентов с АГ высокого риска, состоящих на диспансерном наблюдении (по показаниям);
- Маршрутизация пациентов с хронической ИБС, имеющих показания для проведения нагрузочных проб, либо диагностической коронароангиографии с целью последующего направления на плановую реваскуляризацию.
- Пациенты со стенозирующими поражениями периферических сосудов, не менее 2х раз в год.
- Наличие приобретенных, либо врожденных пороков клапанов сердца, вне зависимости от имевшегося ранее оперативного лечения.
- Иные состояния, требующие консультации кардиолога по вновь выявленным показаниям.

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

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

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

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