

ПРИКАЗ

«12» 02 2024г.

№ 370

г. Элиста

«Об организации оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в БУ РК «Республиканская больница им. П.П. Жемчуева»

В соответствии с приказом Минздрава Республики Калмыкия от 07.02.2024 г №121пр «Об организации оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Республике Калмыкия», в целях реализации региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и совершенствования оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в БУ РК «Республиканская больница им. П.П. Жемчуева»,

Приказываю:

1. Принять к исполнению приказ Минздрава Республики Калмыкия от 07.02.2024 г №121пр «Об организации оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Республике Калмыкия».
2. Заместителю главного врача по медицинской части обеспечить оказание медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в соответствии с Маршрутизацией ОКС, Регламентом ХСН, Маршрутизацией НКЗС, Алгоритмом ТЭЛА (приложение №1-6).
3. Руководителю РСЦ, заведующей стационарным отделением скорой медицинской помощи обеспечить неукоснительное соблюдение маршрутизации пациентов с БСК.
4. Руководителю РСЦ обеспечить:
 - 4.1. Обеспечить бесперебойную работу номера телефона указанного в приложении к Регламенту ОКС, для осуществления взаимодействия с медицинскими организациями.
 - 4.2. Методическую и консультативную помощь медицинским организациям по применению приказа Минздрава РКот 07.02.2024 г №121пр и маршрутизации пациентов с ОКС.
 - 4.3. Дистанционное консультирование пациентов с ОКС на догоспитальном и госпитальном этапах оказания медицинской помощи в круглосуточном режиме.
 - 4.4. Круглосуточную работу отделений рентгенохирургических методов диагностики и лечения, а также необходимыми расходными материалами и лекарственными средствами в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации и клиническими рекомендациями (протоколами лечения).
 - 4.5. проведение обучающих семинаров по проведению тромболиза и клиническим рекомендациям.
 - 4.6. Ведение регистра больных с ОКС, больных с ХСН.
5. Начальнику отдела кадров ознакомить с приказом.
6. Считать утратившим силу приказ от 01.03.2023г №405.
7. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части.

Главный врач


 Чумпинова С.Ю.

Схема маршрутизации взрослого населения с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST в Республике Калмыкия

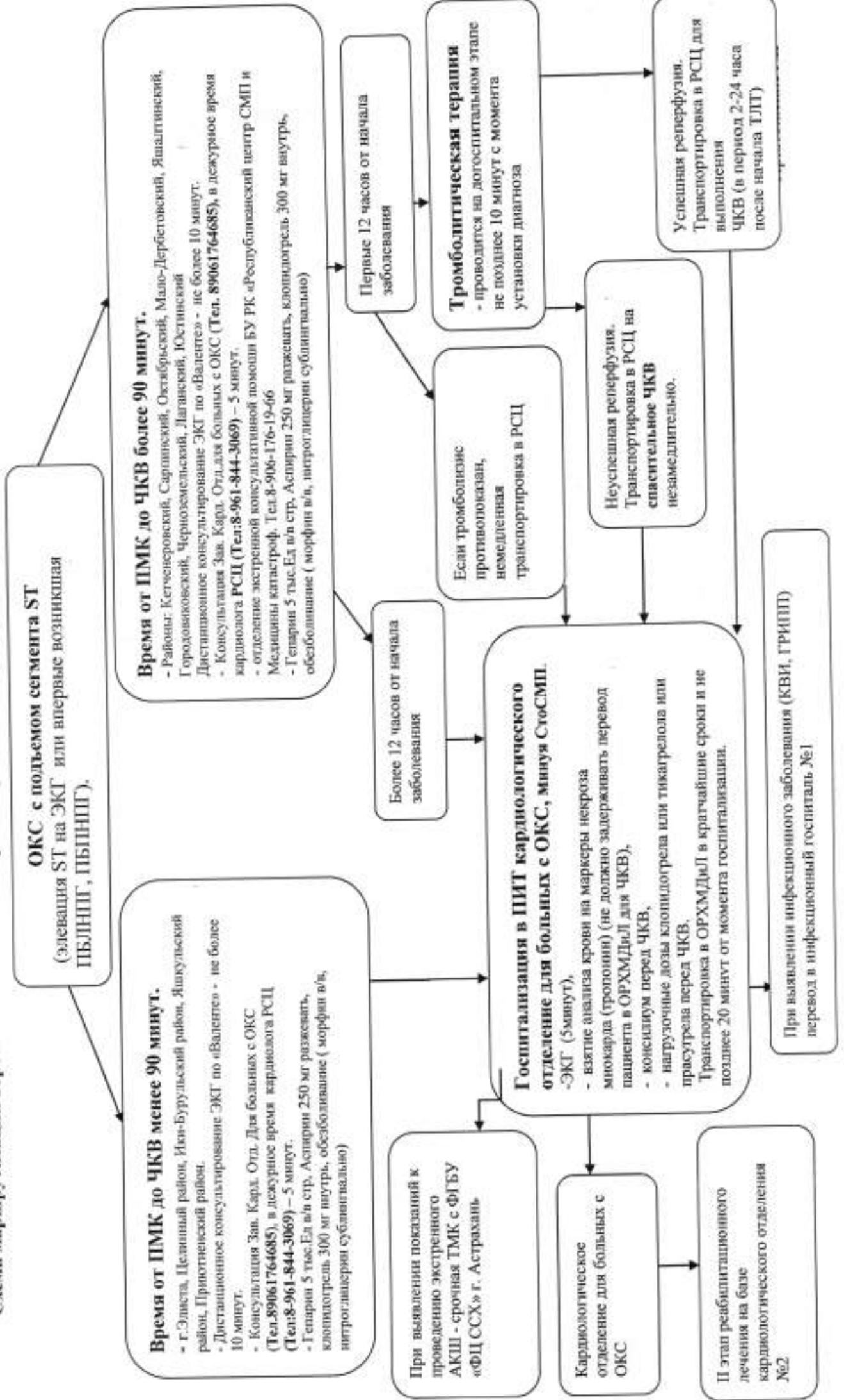
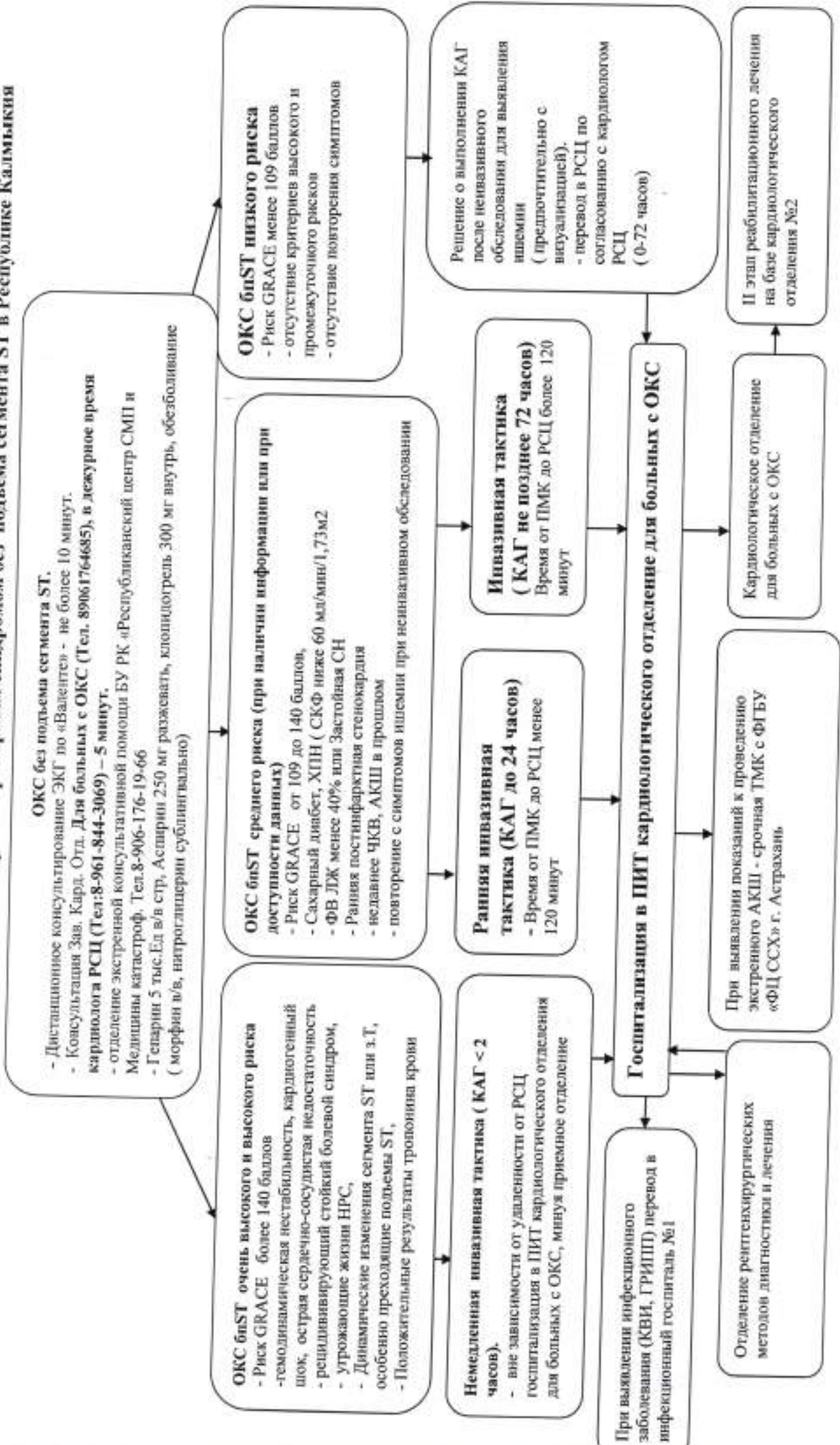


Схема маршрутизации взрослого населения с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST в Республике Калмыкия



Рекомендуемый алгоритм выполнения инвазивных процедур у пациентов с острым коронарным синдромом и новой коронавирусной инфекцией COVID-19

1. Общие принципы

1.1. Пациент с клинической картиной острого коронарного синдрома (далее - ОКС) и коронавирусной инфекцией COVID-19 должен быть транспортирован в БУ РК Инфекционный госпиталь №1, одновременно с измерением температуры и сбором анамнеза. Должно быть назначено лабораторное исследование на SARS-CoV-2.

1.2. Подтверждение новой коронавирусной инфекции COVID -19 не должно задерживать реперфузионную терапию. Пациент должен быть изолирован в боксе (изолированной палате), где, при наличии показаний и отсутствии противопоказаний, ему должен быть выполнен тромболитис. При противопоказаниях к тромболитису у пациентов высокого риска следует оценить соотношения риска и пользы от проведения чрескожного коронарного вмешательства (далее - ЧКВ).

1.3. ЧКВ следует проводить только на инфаркт-связанной артерии.

2. Ведение пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

2.1. Стабильное состояние либо нестабильное состояние в комбинации с легкой или умеренной пневмонией:

- первые 12 часов от начала инфаркта миокарда (далее - ИМ): провести тромболитис в изолированной палате, там же продолжать последующее лечение. Решение о проведении ЧКВ принимается коллегиально.

- если прошло более 12 часов, необходимо всесторонне оценить пользу от ЧКВ и инфекционную угрозу.

2.2. Нестабильные пациенты с тяжелой пневмонией: перевести в изолированную палату для консервативной терапии.

2.3. Через 24-48 часов выполнить электрокардиографию и ультразвуковую кардиографию. Если пациент стабилен, провести ускоренную реабилитацию, направленную на сокращение срока оказания пациенту медицинской помощи в стационарных условиях. Дальнейшее наблюдение осуществлять на дому в виде активного патронажа врачом медицинской организации по месту прикрепления для оказания первичной медико-санитарной помощи с использованием методов телемедицины, при необходимости консультативной поддержки врачами регионального сосудистого центра, первичного сосудистого отделения.

2.4. В случае принятия решения о проведении ЧКВ, персонал должен быть обеспечен полным комплектом средств индивидуальной защиты (халат, перчатки, защитные очки или щиты и маска-респиратор). Также целесообразно может быть использование электроприводного респиратора, особенно если у пациента отмечается рвота, или ему требуется сердечно-легочная реанимация. Основная масса операционных не располагает системой вентиляции, предназначенной для оказания помощи инфекционным пациентам, поэтому по завершении вмешательства требуется полная обработка операционной.

3. Ведение пациентов с ОКС без подъема сегмента ST.

3.1. В случае, если тяжесть состояния пациента позволяет отсрочить реваскуляризацию, решение вопроса о её проведении осуществляется после получения результатов лабораторного тестирования на SARS-CoV-2.

3.2. В случае его подтверждения необходимо поместить пациента в изолированную палату, где он и должен получать консервативную терапию до выздоровления от коронавирусной инфекции COVID-19, после чего повторно оценивается наличие показаний к реваскуляризации.

3.3. В случае гемодинамической нестабильности или жизнеугрожающих аритмий пациентам, не дожидаясь результатов лабораторного исследования на SARS-CoV-2, выполняется эндоваскулярное вмешательство.

3.3.1. Если пациенту выполнено ЧКВ, следует по возможности сократить срок стационарного лечения пациента, с проведением последующих телемедицинских консультаций «врач-врач» по ведению пациента на амбулаторном этапе.

4. Дополнительные меры

4.1. Реанимационные мероприятия, вентиляционная поддержка увеличивают риск диссеминации инфекции. Если нет возможности осуществлять искусственную вентиляцию легких, возможно применение BiPAP с закрытым контуром. При применении мешка Амбу возможно использование HEPA фильтра (между мешком и трубкой), что позволит уменьшить число вирусных частиц в воздухе.

4.2. Пациентам с подтвержденным диагнозом коронавирусной инфекции COVID-19 целесообразным представляется выполнять в изолированной палате без транспортировки в операционную некоторые инвазивные процедуры, такие как: перикардиоцентез, катетеризация легочной артерии.

4.3. При оказании медицинской помощи пациентам с ОКС и новой коронавирусной инфекцией COVID-19 необходимо учитывать, что течение новой коронавирусной инфекции COVID-19 часто сопровождается острым повреждением миокарда, требующим дифференциальной диагностики с ИМ 2 типа.

Регламент оказания медицинской помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью в БУ РК «РБ им. П.П. Жемчуева»

1. Оказание первичной специализированной медицинской помощи

На 2 уровне в кардиологическом кабинете для оказания медицинской помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью на базе консультативной поликлиники БУ РК «Республиканская больница им. П.П. Жемчуева» осуществляется:

обследование с целью уточнения диагноза при впервые в жизни выставленном диагнозе ХСН, диспансерное наблюдение и лечение в соответствии с разработанным индивидуальным планом, с обязательным проведением теста шестиминутной ходьбы, эхокардиографического исследования сердца и уровня маркеров сердечной недостаточности.

Осмотры пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, осуществляются в соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год. Направление пациентов с уточненным диагнозом, находящихся на диспансерном наблюдении в условиях кардиологического кабинета, на 3 уровень осуществляется не реже одного раза в год (МЗ РФ приказ от 15 марта 2022 г. N 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»).

На 3 уровень направляются все пациенты с ХСН III-IV функционального класса по NYHA. На 3 уровне осуществляются осмотры пациентов с ХСН (с обязательным проведением теста толерантности к физической нагрузке, эхокардиоскопии на аппарате экспертного класса и определения уровня маркеров сердечной недостаточности) с целью составления и коррекции по мере необходимости индивидуального плана лечения, корректировки диагноза, решения вопроса о показаниях к проведению высокотехнологичных методов лечения.

Направление на 2 уровень (кардиологические кабинеты для пациентов с ХСН), 3 уровень (стационарный) осуществляется врачами-специалистами медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

1.2. Оказание медицинской помощи в стационарных условиях

В случае декомпенсации хронической сердечной недостаточности и наличии медицинских показаний к оказанию специализированной медицинской помощи в экстренной или неотложной форме пациентам оказывается специализированная медицинская помощь.

На 3 уровне пациентам специализированная медицинская помощь оказывается в БУ РК «РБ им. П.П. Жемчуева» по профилю «кардиология» следующим категориям пациентов:

- декомпенсация ХСН III-IV функциональных классов по NYHA у пациентов, впервые госпитализируемых по данному поводу;

- привычная декомпенсация ХСН ишемического и не ишемического генеза с фракцией сердечного выброса <35% или III-IV функциональных классов по NYHA у пациентов, находящихся на постоянной терапии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, бета-адреноблокаторами, антагонистами минералокортикоидных рецепторов, петлевыми диуретиками;

- Пациенты с острой декомпенсацией хронической СН с одним из следующих признаков:

— частота дыхательных движений >25 в мин;

- вовлечение вспомогательной мускулатуры в процесс дыхания;
- признаки отека легких;
- значимые нарушения ритма сердца (ЧСС <50 или >130 уд./мин);
- артериальная гипотония (систолическое АД <90 мм рт.ст.);
- признаки гипоксемии (насыщение крови кислородом $\leq 90\%$), несмотря на лечение кислородом;
- симптомы гипоперфузии (олигурия, холодные кожные покровы, нарушение сознания).

При оказании медицинской помощи в экстренной форме зоной обслуживания является территория нахождения пациента (место вызова скорой медицинской помощи, самообращения, расположение медицинской организации, в которой находится пациент и отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи).

Для обеспечения преемственности оказания медицинской помощи при ХСН на стационарном и амбулаторном этапах после выписки пациента из стационара по поводу декомпенсации СН необходимо:

- направлять выписной эпикриз в организации 1 уровня оказания медицинской помощи по месту прикрепления пациента;
- устанавливать диспансерное наблюдение в течение 3 рабочих дней (согласно приказу МЗ РФ от 15 марта 2022 г. N 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»);
- проведение участковой медицинской сестрой/врачом-терапевтом участковым раннего (в первые 3-7 дней) телефонного контакта для уточнения состояния и активное приглашение на амбулаторный визит с контролем лабораторных параметров на 7-14 сутки.

Ответственный за работу кабинета ХСН консультативной поликлиники БУ РК «Республиканская больница им. П.П. Жемчуева» назначается главным врачом БУ РК «Республиканская больница им. П.П. Жемчуева». Обязанностями ответственного за работу кабинета ХСН определить в том числе ведение республиканского регистра пациентов с хронической сердечной недостаточностью, наблюдаемых в кабинете ХСН.

Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь пациентам с хронической сердечной недостаточностью, формируют отчет в соответствии с формой в приложении к настоящему Регламенту маршрутизации пациентов с хронической сердечной недостаточностью (далее – Регламент ХСН) (приложение к Регламенту ХСН). Отчет предоставляется всеми медицинскими организациями 1 уровня, БУ РК «Республиканский госпиталь ветеранов войн» ежеквартально на электронную почту kabinetkhsn_rk08@mail.ru.

Отчет

для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пациентам с хронической сердечной недостаточностью

1. Стационарная помощь (заполняется медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях)

№ п/п	Наименование показателя	Ед. измерения	Значение за отчетный период*	Значение за аналогичный период предыдущего года
1.	Число пролеченных больных с хронической сердечной недостаточностью (далее - ХСН) II-IV ст., в том числе в разрезе нозологий:	чел.		
1.1.		чел.		

1.2.		чел.		
1.3.		чел.		
2.	Пролечено больных с ХСН II-IV ст. в разрезе медицинских организаций, направивших на госпитализацию	чел.		
2.1.		чел.		
2.2.		чел.		
2.3.		чел.		
3.	Число больных с ХСН II-IV ст., госпитализированных по экстренным показаниям	чел.		
4.	Число умерших больных с ХСН II-IV ст.	чел.		
4.1.	Число умерших больных с ХСН II-IV ст. из числа госпитализированных по экстренным показаниям	чел.		
5.	Число больных с ХСН II-IV ст., направленных из стационара на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (далее - ВМП)	чел.		
5.1.	Примечание: (в примечании перечисляются виды ВМП с указанием медицинских учреждений, в которые пациенты были направлены для оказания данного вида медицинской помощи)			
6.	Проведение образовательных мероприятий для сотрудников, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ХСН	единиц		
6.1.	Примечание: (в примечании указывается формат и темы образовательных мероприятий)			
7.	Проведение образовательных мероприятий для пациентов с ХСН и их родственников	единиц		
7.1.	Примечание: (в примечании указывается формат и темы образовательных мероприятий)			

2. Амбулаторно-поликлиническая помощь (заполняется медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях)

№ п/п	Наименование показателя	Ед. измерения	Значение за отчетный период*	Значение за аналогичный период предыдущего года
1.	Число больных, находящихся на диспансерном наблюдении в кабинете ХСН всего.	чел.		
1.1.	в том числе в разрезе нозологий:			
1.1.1.		чел.		
1.1.2.		чел.		
1.2.	в том числе в разрезе направивших медицинских организаций			
1.2.1.		чел.		
1.2.2.		чел.		
1.2.3.		чел.		

2.	Число больных с ХСН, взятых первично в текущем году на диспансерное наблюдение в кабинете ХСН	чел.		
3.	Количество выполненных лабораторных и инструментальных исследований пациентам с ХСН, в том числе:	единиц	*	*
3.1.	ЭХО КС			
3.2.	ЭКГ			
3.3.	исследование уровня BNP, NT-proBNP			
3.4.	исследование уровня электролитов крови			
4.	Количество пациентов, направленных на госпитализацию за отчетный период, в том числе:	чел.		
4.1.	по экстренным показаниям	чел.		
4.2.	по неотложным показаниям	чел.		
4.3.	по плановым показаниям	чел.		
5.	Количество пациентов, направленных на оказание высокотехнологичной медицинской помощи	чел.		
6.	Количество случаев оказания неотложной медицинской помощи в амбулаторных условиях	чел.		
7.	Проведение образовательных мероприятий для сотрудников, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ХСН	единиц		
7.1.	Примечание: (в примечании указывается формат и темы образовательных мероприятий)			
8.	Проведение образовательных мероприятий для пациентов с ХСН и их родственников	единиц		
8.1.	Примечание:(в примечании указывается формат и темы образовательных мероприятий)			
		чел.	чел.	чел.

*Сведения по итогам отчетного периода нарастающим итогом с начала текущего года

Руководитель организации

ФИО

Маршрутизация пациентов с некоронарогенными заболеваниями сердца

В случаях, развития некоронарогенных заболеваний сердца:

- острый и подострый бактериальный эндокардит;
- миокардиты, перикардиты различного генеза;
- нарушения ритма сердца: Пароксизмальная тахикардия с узким комплексом QRS на электрокардиограмме (в т.ч. фибрилляция и трепетание предсердий);
- пароксизмальная тахикардия с широким комплексом QRS на электрокардиограмме;
- обморочные состояния при подозрении на нарушение ритма и проводимости;
- острая остановка кровообращения;
- имплантированный электрокардиостимулятор в случае нарушения его работы;
- нарушения проводимости (эпизоды синдрома Морганьи- Адамса-Стокса на фоне высокостепенной и полной атриовентрикулярной блокады, синоатриальной (синоаурикулярной) блокады, двухпучковые блокады сердца, предсердная;
- диагностированная тромбоэмболия ветвей легочной артерии; подозрение на ТЭЛА

пациенты госпитализируются в БУ РК «Республиканская больница им. П.П. Жемчуева» после согласования с дежурным кардиологом согласно графику дежурств отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи и медицинской эвакуации БУ РК «Республиканский центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф» на 2024 г. (телефон 89061761966).

Алгоритм действий по оказанию первичной медицинской помощи врачом первого контакта, врачом скорой медицинской помощи при подозрении у пациента на ТЭЛА на территории Республики Калмыкия

1. Собрать анамнез с учетом возможных предрасполагающих к ТЭЛА факторов (тромбоз вен любой локализации, беременность, длительная иммобилизация, операции, травмы, прием комбинированных гормональных контрацептивов, эпизоды тромбоза любой локализации в анамнезе, наличие онкологических заболеваний и т.д.).

2. Провести анализ и оценку клинических симптомов, учитывая многообразие клинических проявлений ТЭЛА и отсутствие патогномичных признаков, включая поиск возможного доступного источника тромбоза: тщательный осмотр нижних конечностей на предмет одностороннего отека со сравнительным измерением окружности конечностей на 10 - 15 см ниже и выше линии колена (диагностически значимая разница более 3 см), наличие болезненности при пальпации по ходу глубоких вен и т.д.

3. Зарегистрировать электрокардиограмму.

4. Для интерпретации всех клинических проявлений ТЭЛА использовать лист оценки клинической вероятности для врача первого контакта при подозрении у пациента на ТЭЛА в соответствии с приложением №1 к настоящему алгоритму действий по оказанию первичной медицинской помощи врачом первого контакта, врачом скорой медицинской помощи при подозрении у пациента на ТЭЛА (далее – Алгоритм ТЭЛА).

5. В случае средней и низкой клинической вероятности целесообразно исследование уровня Д-димера в крови (для исключения ТЭЛА).

6. Догоспитальный этап оказания медицинской помощи больным с подозрением на ТЭЛА осуществляется в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, включает оказание неотложной медицинской помощи (при отсутствии противопоказаний к приему препаратов):

6.1. Купирование болевого приступа, при необходимости наркотическими анальгетиками;

6.2. Проведение антикоагулянтной терапии;

6.3. Купирование опасных для жизни аритмий;

6.4. Лечение острой сердечно-легочной недостаточности, включая кислородотерапию, и проведение при необходимости сердечно-легочной реанимации.

7. Госпитализация в стационар.

8. Обязательно предварительное информирование приемного покоя ЛПУ врачом СМП о госпитализации пациента с ТЭЛА.

9. Больные с ТЭЛА с клиникой кардиогенного шока, отека легких, с пароксизмами желудочковой тахикардии или фибрилляцией желудочков, реанимированные после остановки кровообращения, поступают непосредственно в ОРИТ или блок интенсивной терапии (БИТ), минуя этап приемного отделения. Контакт врача СМП с дежурным врачом отделения реанимации и интенсивной терапии (БИТ) происходит непосредственно на территории отделения.

Оказание неотложной кардиологической помощи больным с тромбоэмболией лёгочной артерии осуществляется в соответствии с приложением №2 к настоящему Алгоритму ТЭЛА.

Приложение №1
К Алгоритму ТЭЛА
от «___» _____ 2024 г.

Лист оценки
клинической вероятности для врача первого контакта при
подозрении у пациента на ТЭЛА

Шкалы Geneva и Wells для клинической оценки вероятности ТЭЛА			
Шкала Geneva		Шкала Wells	
Параметры	Баллы	Параметры	Баллы
Предрасполагающие факторы		Предрасполагающие факторы	
Возраст > 65 лет	+1		
Тромбоз глубоких вен нижних конечностей или ТЭЛА в анамнезе	+3	Тромбоз глубоких вен нижних конечностей или ТЭЛА в анамнезе	+1,5
Операция или перелом в течение последнего месяца	+2	Недавняя операция или иммобилизация в течение последнего месяца	+1,5
Рак в процессе лечения	+2	Рак в процессе лечения	+1
Симптомы		Симптомы	
Односторонняя боль в нижней конечности	+3		
Кровохарканье	+2	Кровохарканье	+1
Клинические симптомы		Клинические симптомы	

ЧСС 75 - 94 уд./мин.	+3	ЧСС >100 уд./мин.	+1,5
ЧСС >=95 уд./мин.	+5		
Боль при пальпации и односторонний отек нижней конечности	+4	Клинические симптомы тромбоза глубоких вен нижних конечностей	+3
		Клиническая оценка	
		Альтернативные диагнозы менее вероятны, чем ТЭЛА	+3
Клиническая вероятность	Сумма	Клиническая вероятность	Сумма
Низкая	0 - 3	Низкая	0 - 1
Средняя	4 - 10	Средняя	2 - 6
Высокая	>=11	Высокая	>=7
Врачом первого контакта суммируются баллы по всем имеющимся признакам ТЭЛА. Клиническая вероятность оценивается по сумме баллов			

Приложение №2
к Алгоритму ТЭЛА

Объём оказания неотложной кардиологической помощи больным с тромбоэмболией лёгочной артерии

1. В случае самообращения пациента с тромбоэмболией лёгочной артерии (далее - ТЭЛА) в приемное отделение медицинской организации, а также при развитии ТЭЛА в период нахождения пациента в данных лечебных учреждениях, после оказания необходимого объема неотложной медицинской помощи, предусмотренного приложением №2 к настоящему Алгоритму ТЭЛА, осуществляется перевод пациента в медицинскую организацию, в соответствии с маршрутизацией пациентов с ТЭЛА *настоящего приложения №8*.

2. При возникновении ТЭЛА как осложнения лечения хирургических и соматических заболеваний принятие решения о лечении пациента по месту его нахождения либо переводе, согласно маршрутизации, осуществляется после консультации со специалистами БУ РК «Республиканская больница им. П.П. Жемчужева», в том числе с применением телемедицинских консультаций.

3. Вопрос перевода пациента при тяжелом течении ТЭЛА в БУ РК «Республиканская больница им. П.П. Жемчужева», в соответствии с маршрутизацией согласовывается в индивидуальном порядке в зависимости от тяжести состояния пациента. До момента перевода пациента проводится лечение и обследование пациента в соответствии с настоящим Приказом с обязательным заполнением листа оценки клинической вероятности для врача первого контакта при подозрении у пациента на ТЭЛА согласно приложению №1 к Алгоритму ТЭЛА.

4. Стационарное лечение больных с ТЭЛА в остром периоде заболевания проводится в отделении реанимации и интенсивной терапии или блоке интенсивной терапии.

5. Диагноз ТЭЛА формулируется на основании оценки риска летального исхода. Для этого оценивается наличие у пациента шока/гипотонии, класса по шкале PESI,

дисфункции правого желудочка, повреждения миокарда согласно приложению № 3 к Алгоритму ТЭЛА.

Приложение №3
к Алгоритму ТЭЛА

Риск-стратификация пациентов с ТЭЛА

Риск ранней смерти		Параметры и баллы			
		Шок или гипотония	Класс III - IV по PESI или sPESI ≥ 1	Признаки дисфункции ПДЖ	Биомаркеры
Высокий		+	(+)	+	(+)
Промежуточный -	высокий	-	+	Оба положительные	
	низкий	-	+	один (или ни одного) положительный	
Низкий		-	-	-	Оценка необязательна (если оценивались, то отрицательные)

На основании данных обследования и риск-стратификации формулируется клинический диагноз: «ТЭЛА высокого, промежуточно-высокого, промежуточно-низкого, либо низкого риска».

1. После стабилизации состояния пациента с ТЭЛА продолжается лечение в палатах кардиологического отделения (кардиологических койках).

2. Лица, перенесшие ТЭЛА, после выписки из стационара на 12 месяцев поступают под диспансерное наблюдение.

3. Диспансерное наблюдение (кратность и объем исследований) пациентов после перенесенной ТЭЛА осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

4. Через 3-6 месяцев после перенесенной ТЭЛА рекомендуется плановый амбулаторный визит врача-кардиолога для комплексной клинической оценки, оценки риска кровотечений, решения вопроса о целесообразности продления антикоагулянтной терапии.

5. После перенесенной ТЭЛА показан прием для профилактики рецидива тромбоза Варфарина под контролем уровня МНО в крови (терапевтический диапазон МНО 2 - 3) или новых оральных антикоагулянтов (далее - НОАК) в рекомендованной дозировке. Длительность лечения Варфарином или НОАК определяется индивидуально в соответствии с клинической моделью пациента, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями.

6. При сохранении или прогрессировании симптомов посттромбоэмболического синдрома (одышки и/или ограничения физической активности), наличии факторов риска и предрасполагающих условий для развития хронической тромбоэмболической легочной гипертензии, а также при наличии признаков легочной гипертензии по данным трансторакальной эхокардиографии, пациенты в обязательном порядке должны быть направлены в БУ РК «Республиканская больница им. П.П. Жемчужева» для диагностики, лечения и решения вопроса о проведении телемедицинской консультации с федеральным центром, являющимся экспертным центром по легочной гипертензии.