



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

г. Челябинск

от « 24 » 10 2025 г.

№ 207

Об организации медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Челябинской области

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 г. № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения», в целях дальнейшего совершенствования оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Челябинской области

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемые:
 - 1) перечень медицинских организаций, в структуре которых созданы региональные сосудистые центры и неврологические отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (первичные сосудистые отделения) (далее именуется – Перечень);
 - 2) Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Челябинской области;
 - 3) схему маршрутизации пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Челябинской области (далее именуется – Схема маршрутизации).
2. Главному врачу Государственного бюджетного учреждения здравоохранения (далее именуется – ГБУЗ) «Челябинская областная клиническая больница» Альтману Д.А.:
 - 1) обеспечить контроль за соблюдением Схемы маршрутизации, утвержденной пунктом 1 настоящего приказа, организацией своевременного перевода пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Челябинской области в профильные отделения для лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения Центром мониторинга за

пациентами с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения, организованным на базе ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница» в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 08.12.2017 г. № 2263 «О совершенствовании оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и с острым нарушением мозгового кровообращения»;

2) обеспечить координацию маршрутизации пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения (далее именуются – ОНМК) на территории Челябинской области согласно Схеме маршрутизации, утвержденной пунктом 1 настоящего приказа.

3. Главному врачу Государственного автономного учреждения здравоохранения (далее именуется – ГАУЗ) «Городская больница № 3 г. Миасс» Неучеву А.П. организовать проведение в первичном сосудистом отделении (неврологическое отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения) локальной эндоваскулярной трансартериальной тромбоэкстракции.

4. Исполняющему обязанности главного врача ГБУЗ «Городская больница им. А.П. Силаева г. Кыштым» Кожевниковой Т.П., главному врачу ГБУЗ «Областная больница г. Троицк» Казарину С.В., главному врачу ГАУЗ «Городская больница № 3 г. Магнитогорск» Щербакову М.В., главному врачу ГАУЗ Ордена Знак Почета «Городская клиническая больница № 8 г. Челябинск» Реминец Н.Н. организовать:

1) проведение в первичном сосудистом отделении (неврологическое отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения) локальной эндоваскулярной трансартериальной тромбоэкстракции в срок до 01.09.2026 г.;

2) обучение врачей рентгенэндоваскулярных хирургов, врачей-неврологов;

3) обеспечить наличие расходных материалов для проведения локальной эндоваскулярной трансартериальной тромбоэкстракции.

5. Руководителям государственных медицинских организаций Челябинской области, в отношении которых Министерство здравоохранения Челябинской области осуществляет функции и полномочия учредителя, организовать работу в соответствии с пунктом 1 настоящего приказа.

6. Руководителям федеральных медицинских организаций и частных медицинских организаций, расположенных на территории Челябинской области, рекомендовать организовать работу в соответствии с пунктом 1 настоящего приказа.

7. Руководителям медицинских организаций согласно Перечню обеспечить проведение первого этапа медицинской реабилитации.

8. Главному внештатному специалисту неврологу Попову Д.В. Министерства здравоохранения Челябинской области в Челябинской области обеспечить организационно-методическую поддержку медицинским организациям по оказанию медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

9. Главному внештатному специалисту по медицинской профилактике Министерства здравоохранения Челябинской области в Челябинской области Агеевой О.В. осуществлять координацию медицинских организаций по информированию населения о первых признаках ОНМК.

10. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 12.04.2023 г. № 285 «Об организации медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Челябинской области».

11. Директору Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области Ткачевой А.Г. рекомендовать предоставлять главному внештатному специалисту-неврологу Министерства здравоохранения Челябинской области в Челябинской области Попову Д.В. сведения о госпитализации пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения в медицинские организации Челябинской области, ежемесячно, в срок до 25 числа месяца, следующего за отчетным.

12. Директору Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной медицинский информационно-аналитический центр» Староверову А.С. разместить настоящий приказ на официальном сайте Министерства здравоохранения Челябинской области в сети Интернет.

13. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Челябинской области Верзакову Н.В.

Министр



Т.П. Колчинская

УТВЕРЖДЕН
приказом
Министерства
здравоохранения
Челябинской области
от «24» 10 2025 г. № 102

Перечень медицинских организаций, в структуре которых созданы
региональные сосудистые центры и неврологические отделения для
больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения
(первичные сосудистые отделения)

Региональные сосудистые центры:

Автономная некоммерческая организация «Центральная клиническая
медико-санитарная часть»;

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Областная
клиническая больница № 3»;

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Челябинская областная клиническая больница».

Неврологические отделения для больных с острыми нарушениями
мозгового кровообращения (первичные сосудистые отделения):

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская
клиническая больница № 9 г. Челябинск»;

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская
больница № 3 г. Магнитогорск» (с возможностью проведения
тромбоэкстракций*);

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская
больница № 1 им. Г.И. Дробышева г. Магнитогорск»;

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская
больница № 2 г. Магнитогорск»;

Государственное автономное учреждение здравоохранения Ордена
Знак Почета «Городская клиническая больница № 8 г. Челябинск»
(с возможностью проведения тромбоэкстракций*);

Государственное автономное учреждение здравоохранения Ордена
Трудового Красного Знамени «Городская клиническая больница № 1
г. Челябинск»;

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская
больница им. А.П. Силаева г. Кыштым» (с возможностью проведения
тромбоэкстракций*);

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская
больница г. Златоуст»;

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская

больница № 1 г. Копейск»;

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская больница № 3 г. Миасс» (с возможностью проведения тромбоэкстракций);

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная больница г. Троицк» (с возможностью проведения тромбоэкстракций*);

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница с. Варна»;

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница г. Сатка»;

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница г. Аша»;

Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница № 71 Федерального медико-биологического агентства».

*с 01.09.2026 г.

УТВЕРЖДЕН
приказом
Министерства
здравоохранения
Челябинской области
от «24» 10 2025 г. № 707

Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с острым нарушением
мозгового кровообращения на территории Челябинской области

1. Настоящий Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения (далее именуются - ОНМК) на территории Челябинской области устанавливает основные принципы оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК на территории Челябинской области.
2. Для целей настоящего Алгоритма к ОНМК относятся состояния, соответствующие кодам I60-I64, G45-G46 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр).
3. Оказание медицинской помощи пациентам с ОНМК осуществляется в рамках последовательного процесса, начинающегося на догоспитальном этапе, продолжающегося в стационарных условиях, далее - амбулаторно.
Специализированная медицинская помощь пациентам с ОНМК должна оказываться в медицинских организациях, в структуре которых организованы неврологические отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (первичные сосудистые отделения) и региональные сосудистые центры (далее именуются соответственно – ПСО и РСЦ).
4. Пациенты с подозрением на ОНМК должны немедленно направляться в ПСО и РСЦ с работающим медицинским оборудованием для проведения компьютерной томографии (далее именуется - КТ-исследование) или магнитно-резонансной томографии (далее именуется - МРТ-исследование) головного мозга и возможностью выполнения реперфузионных методов лечения (внутривенного введения фибринолитического средства и/или локальной эндоваскулярной трансартериальной тромбэкстракции), согласно схеме маршрутизации пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Челябинской области, утвержденной пунктом 1 настоящего приказа (далее именуется – Схема маршрутизации).
В ПСО и РСЦ КТ-исследование (МРТ-исследование) должно проводиться в круглосуточном режиме.

5. При невозможности госпитализации (выход из строя оборудования для проведения КТ-исследования (МРТ-исследования), отсутствии мест в реанимации и/или палате интенсивной терапии (далее именуется - ПИТ) для пациентов с ОНМК и другие) пациента с ОНМК в медицинскую организацию согласно Схеме маршрутизации госпитализация пациентов с ОНМК может осуществляться в любую ближайшую медицинскую организацию, в которой имеется ПСО (РСЦ) по согласованию с дежурным врачом Центра мониторинга за пациентами с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница», созданным в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 08.12.2017 г. № 2263 «О совершенствовании оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и с острым нарушением мозгового кровообращения».

6. Ключевым фактором эффективности лечения ОНМК является максимально быстрое оказание необходимой медицинской помощи. Терапевтическое окно для проведения внутривенной тромболитической терапии, которая выполняется в ПСО, составляет 4,5 часа. Терапевтическое окно для проведения тромбоэкстракции, которая выполняется в РСЦ, составляет 6 часов.

Рекомендуется выполнение КТ- или МРТ-перфузии с автоматизированным расчетом объема ядра ишемии и ишемической полутени пациентам старше 16 лет (при наличии соответствующего программного обеспечения) с ИИ в срок от 4,5 до 9 часов от момента развития заболевания (или от времени последнего контакта), которым механическая тромбэктомия не показана и не планируется, проведение внутривенного тромболитического алтеплазой для улучшения функционального исхода в случае выявления несоответствия объема области гипоперфузии и объема области ядра ишемии на КТ или МРТ.

7. Маршрутизация пациента с подозрением на ОНМК для оказания специализированной медицинской помощи осуществляется в рамках двухуровневой системы, которая включает в себя:

ПСО, способные оказывать экстренную помощь, включая внутривенное введение фибринолитического средства и локальной эндоваскулярной трансартериальной тромбоэкстракции;

РСЦ, которые могут обмениваться диагностической информацией, проводить внутривенное введение фибринолитических препаратов и эндоваскулярную терапию ишемического инсульта, а также нейрохирургические вмешательства, включая все необходимые перипроцедурные действия и в которые, в случае необходимости, может быть организована быстрая транспортировка пациентов из ПСО.

8. При оказании медицинской помощи пациентам с подозрением на ОНМК, в случае необходимости, осуществляется медицинская эвакуация пациента, которая включает в себя санитарно-авиационную эвакуацию.

Санитарно-авиационная эвакуация пациентов с ОНМК осуществляется Государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Территориальный центр медицины катастроф Челябинской области» согласно приказу Министерства здравоохранения Челябинской области от 30.04.2019 г. № 442 «О порядке взаимодействия медицинских организаций Челябинской области при осуществлении медицинской эвакуации силами Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Территориальный центр медицины катастроф Челябинской области».

Медицинская эвакуация осуществляется с места нахождения пациента (вне медицинской организации), а также из медицинской организации.

9. Оказание медицинской помощи пациентам с подозрением на ОНМК на догоспитальном этапе осуществляется врачами и фельдшерами из амбулаторно-поликлинических структурных подразделений медицинских организаций с последующим вызовом выездной бригады скорой медицинской помощи (далее именуются - бригады СМП) для проведения медицинской эвакуации в экстренном порядке и экстренным направлением пациентов на госпитализацию.

10. При поступлении обращения (вызова) от населения с жалобами, по которым можно предположить развитие ОНМК, на станцию (отделение) скорой медицинской помощи: фельдшер (медицинская сестра) по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи при оформлении вызова задает вызывающему лицу конкретизирующие вопросы согласно перечню обязательных вопросов, задаваемых человеку, обратившемуся за медицинской помощью с подозрением на ОНМК, согласно Приложению 1 к настоящему Алгоритму.

11. В случаях выявления пациента с признаками ОНМК в медицинской организации, в структуре которой отсутствует ПСО или РСЦ, осуществляется предварительная клиническая диагностика ОНМК и организуется направление пациента в ПСО или РСЦ, с предварительным устным оповещением медицинской организации (ПСО/РСЦ) согласно Схеме маршрутизации пациентов о пациенте с признаками ОНМК.

Недопустима потеря времени на дополнительное обследование, включая осмотр врача-невролога. Для проведения медицинской эвакуации пациента в ПСО или РСЦ вызывается бригада СМП (приоритетный вызов). Пациент с ОНМК должен доставляться в ПСО или РСЦ в приоритетном порядке. Служба скорой медицинской помощи должна соблюдать такие же временные рекомендации, как если бы пациент находился вне медицинской организации.

Медицинская эвакуация пациента с ОНМК в ПСО или РСЦ осуществляется согласно Схеме маршрутизации.

Выбор ПСО или РСЦ осуществляется по месту нахождения пациента, а не по месту регистрации пациента.

12. К противопоказаниям и ограничениям для проведения медицинской эвакуации с целью перевода пациентов с ОНМК в медицинские организации, в структуре которых организовано РСЦ, ПСО, относятся состояния, которые в процессе медицинской эвакуации могут привести к летальному исходу. Противопоказания и ограничения для проведения медицинской эвакуации с целью перевода пациентов с ОНМК в медицинские организации, в структуре которых организовано РСЦ, ПСО, определяются индивидуально у каждого пациента. В данном случае пациент переводится в блок реанимации и интенсивной терапии (в реанимационное отделение). В дальнейшем перевод в медицинские организации, в структуре которых организованы ПСО или РСЦ, возможен при стабилизации состояния, согласно Схеме маршрутизации.

Ответственность за организацию, исход эвакуации пациентов в РСЦ, ПСО возлагается на руководителей медицинской организации, откуда эвакуируется пациент (оценка состояния и возможности эвакуации, сопровождение медицинским персоналом во время эвакуации, качество оформления документов).

13. Бригада СМП при оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с ОНМК осуществляет коррекцию жизненно важных функций, при необходимости проводит реанимационные мероприятия, обеспечивает незамедлительную медицинскую эвакуацию пациента в РСЦ или ПСО согласно Схеме маршрутизации.

14. С целью выявления пациентов с предполагаемой окклюзией церебральной артерии и решения вопроса о последующей медицинской эвакуации пациента с места нахождения пациента (вне медицинской организации) напрямую в медицинскую организацию, в структуре которой создан РСЦ или ПСО с возможностью проведения тромбоэкстракции, минуя медицинскую организацию, в структуре которой создано ПСО, на догоспитальном этапе необходимо выполнить следующие действия:

оценить уровень сознания с использованием Шкалы комы Глазго согласно Приложению 2 к настоящему Алгоритму;

у пациентов в ясном сознании оценить выраженность неврологического дефицита на основании шкалы оценки выраженности неврологического дефицита по шкале LAMS (Лос-Анджелесская шкала моторного дефицита) согласно приложению 2 к настоящему Алгоритму;

уточнить точное время начала заболевания (появление первых симптомов) или время последнего контакта с пациентом, если точное время начала заболевания неизвестно.

15. У пациентов в ясном сознании, имеющих сумму баллов по шкале LAMS более или равную 4, срок от начала заболевания до осмотра бригадой

СМП не превышает 4,5 часов и последующее время медицинской эвакуации до РСЦ не превышает 1,5 часа, следует незамедлительно обеспечить медицинскую эвакуацию и госпитализировать в РСЦ или ПСО с возможностью проведения тромбоэкстракции, согласно Схеме маршрутизации.

У пациентов, имеющих сумму баллов по шкале LAMS менее 4 или угнетение сознания до сопора или комы либо время от начала заболевания превышает 4,5 часа, следует обеспечить медицинскую эвакуацию и госпитализировать в ПСО согласно Схеме маршрутизации.

16. Проведение других необходимых обследований (пульсоксиметрия, определение уровня глюкозы крови, термометрия и другие) или лечебных манипуляций (в том числе коррекция артериальной гипертензии) не должно задерживать начало медицинской эвакуации и должно выполняться на этапе медицинской эвакуации.

17. Бригада СМП, осуществляющая медицинскую эвакуацию пациента с признаками ОНМК, по телефону самостоятельно или через фельдшера (медицинскую сестру), диспетчера по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи и/или с помощью медицинской информационной системы оповещает медицинскую организацию о поступлении пациента с признаками ОНМК с указанием приблизительного времени медицинской эвакуации, указанием времени начала заболевания (появления симптомов), уровня сознания и выраженности неврологического дефицита на основании шкалы оценки выраженности неврологического дефицита по шкале LAMS (Лос-Анджелесская шкала моторного дефицита).

Контактные данные ответственных лиц для взаимодействия с медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь пациентам с ОНМК представлены в приложении 3 к настоящему Алгоритму.

18. О состоянии пациентов с ОНМК, подлежащих госпитализации согласно Схеме маршрутизации в РСЦ (маршрутизация пациентов с ОНМК, нуждающихся в оказании медицинской помощи с использованием хирургических методов лечения) на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница», у которых время начала заболевания (появления первых симптомов) составляет до 6 часов, медицинский работник бригады СМП самостоятельно докладывает по телефону дежурному врачу-неврологу РСЦ на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница» (телефон 8-351-223-02-97 или 8-919-123-02-97).

О состоянии пациентов с ОНМК, подлежащих госпитализации согласно Схеме маршрутизации в РСЦ (маршрутизация пациентов с ОНМК, нуждающихся в оказании медицинской помощи с использованием хирургических методов лечения) на базе Автономной некоммерческой

организации «Центральная клиническая медико-санитарная часть», у которых время начала заболевания (появления первых симптомов) составляет до 6 часов, медицинский работник бригады СМП самостоятельно докладывает по телефону дежурному врачу-неврологу РСЦ на базе Автономной некоммерческой организации «Центральная клиническая медико-санитарная часть» (телефон 8-3519-26-85-96).

По результатам телефонной консультации решается вопрос о медицинской эвакуации пациента с ОНМК в РСЦ на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница» или Автономной некоммерческой организации «Центральная клиническая медико-санитарная часть» в сроки, превышающие 6 часов от начала заболевания (появления первых симптомов).

Рекомендуется выполнение КТ- или МРТ-перфузии с автоматизированным расчетом объема ядра ишемии и ишемической полутени пациентам старше 16 лет (при наличии соответствующего программного обеспечения) с ИИ в срок от 4,5 до 9 часов от момента развития заболевания (или от времени последнего контакта), которым механическая тромбэктомия не показана и не планируется, проведение внутривенного тромболизиса алтеплазой для улучшения функционального исхода в случае выявления несоответствия объема области гипоперфузии и объема области ядра ишемии на КТ или МРТ.

19. На догоспитальном этапе оказания медицинской помощи медицинские работники по возможности должны собрать следующие сведения:

наличие в анамнезе сахарного диабета, ОНМК, черепно-мозговой травмы, онкологических заболеваний, коагулопатии, инфекционного эндокардита, расслоения дуги аорты, болезни почек;

наличие сведений о гастроинтестинальных явлениях за последние 3 недели (желудочное кровотечение);

прием антикоагулянтов.

20. В случае если у пациента с ОНМК имеются нарушения жизненно важных функций, требующие реанимационного пособия, медицинская эвакуация осуществляется в ближайшую медицинскую организацию, имеющую в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии.

21. При отказе пациента и/или его законного представителя от медицинской эвакуации, медицинский работник оформляет в первичной медицинской документации письменный информированный отказ от медицинской эвакуации в стационар. Пациент и/или его законный представитель собственноручно оформляет запись и заверяет ее своей подписью.

22. Не госпитализированные с догоспитального этапа пациенты с диагнозом ОНМК обеспечиваются медицинской помощью в амбулаторно-

поликлинических учреждениях. Информация об отказе пациента и/или его законного представителя от медицинской эвакуации передается из отделения (станции) скорой медицинской помощи или приемного отделения стационара в поликлинику по месту жительства пациента с регистрацией факта передачи информации.

23. Руководителям медицинских организаций, участвующим в процессе оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК, необходимо обеспечить незамедлительный прием пациентов, доставленных бригадой скорой медицинской помощи, минуя приемное отделение.

24. В медицинской организации каждому больному с ОНМК проводятся:

не позднее 10 минут от поступления консультация врача-невролога, который оценивает выраженность дыхательных нарушений, измеряет АД, оценивает неврологический статус с использованием шкалы комы Глазго, шкалы NIHSS (согласно приложению 2 к настоящему Алгоритму);

не позднее 20 минут от момента взятия – получение результатов содержания тромбоцитов, глюкозы в периферической крови, международного нормализованного отношения, активированного частичного тромбопластинового времени;

не позднее 40 минут от момента поступления – интерпретация результатов КТ или МРТ головного мозга для верификации диагноза.

25. При обнаружении геморрагического инсульта не позднее 60 минут от момента поступления выполняется консультация врача-нейрохирурга (возможно заочно с применением телемедицинских технологий или посредством санавиации) для решения вопроса об оперативном лечении. При наличии показаний для оперативного лечения пациент переводится в нейрохирургическое отделение РСЦ. Медицинская эвакуация осуществляется бригадой скорой медицинской помощи в экстренном порядке.

При необходимости оперативное лечение возможно в медицинской организации по месту пребывания пациента при наличии нейрохирургического отделения в данной медицинской организации или силами выездной нейрохирургической бригады Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница» (за исключением медицинских организаций, расположенных в г. Челябинске), Государственного автономного учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница № 3» (только для медицинских организаций, расположенных в г. Челябинске).

26. Пациентам со злокачественным инфарктом в бассейне средней мозговой артерии, при котором происходит отек инфарктной зоны, с дислокацией структур головного мозга с риском сдавления ствола головного мозга, что характерно для обширных форм ишемического инсульта (обычно не менее 50 процентов мозговых структур), в первые 24 часа от начала

развития заболевания проводится консультация врача-нейрохирурга для принятия решения о тактике лечения.

27. При подтверждении диагноза ОНМК больные со всеми типами ОНМК в остром периоде заболевания, в том числе с транзиторными ишемическими атаками, осматриваются врачом-анестезиологом-реаниматологом с последующей госпитализацией в ОРИТ. Длительность пребывания пациента с ОНМК в палате интенсивной терапии и отделении реанимации и интенсивной терапии определяется тяжестью состояния пациента, но не может быть менее 24 часов.

Рекомендуется всем пациентам с верифицированным диагнозом ишемического инсульта выполнить определение патогенетического варианта по критериям TOAST с целью оптимизации тактики лечения и вторичной профилактики острых сосудистых событий. Критерии TOAST отражены в Клинических рекомендациях по лечению ишемического инсульта (2024 г.).

28. В случае подтверждения диагноза ишемического инсульта и при соблюдении терапевтического окна для тромболитической терапии принимается решение о проведении системной тромболитической терапии в виде внутривенного введения лекарственного препарата в соответствии с Клиническими рекомендациями по лечению ишемического инсульта (2024 г.).

29. Пациенты, которым требуется внутривенное назначение лекарственного препарата для тромболитической терапии, должны получать лекарственный препарат для тромболитической терапии, даже если рассматривается вопрос о тромбоэкстракции. Признаки повышения плотности средней мозговой артерии (гиперденсивность средней мозговой артерии), выявленные при помощи компьютерной томографии, не должны использоваться в качестве критерия для отмены лекарственного препарата для тромболитической терапии пациентам, которым она показана.

30. Для пациентов, отвечающих критериям назначения эндоваскулярной терапии, рекомендуется неинвазивное исследование внутричерепных сосудов в ходе первичной нейровизуализации (КТ – ангиография). Если пациенту по протоколу показано внутривенное введение лекарственного препарата для тромболитической терапии, рекомендуется начинать эту терапию до неинвазивной визуализации сосудов, если она не была проведена в ходе первичной оценки инсульта. В этом случае неинвазивная визуализация внутричерепных сосудов должна быть получена как можно раньше.

31. При нахождении пациента в ПСО без возможности проведения тромбоэкстракции в случае подтверждения окклюзии интрацеребральной артерии по данным КТ-ангиографии проводится консультация с применением телемедицинских технологий врача-невролога с медицинской организацией, выполняющей тромбоэкстракцию, для согласования дальнейшей тактики ведения пациента. При положительном решении о

возможности тромбоэкстракции и медицинской транспортировки бригада СМП осуществляет медицинскую эвакуацию пациента с ОНМК в медицинскую организацию, выполняющую тромбоэкстракцию.

32. Механическая тромбоэкстракция должна проводиться пациентам, удовлетворяющим следующим критериям:

оценка от 0 до 1 по модифицированной шкале Рэнкина до настоящего события;

приведшая к заболеванию окклюзия внутренней сонной артерии или сегментов М1-М2 средней мозговой артерии;

не моложе 18 лет;

результат по NIHSS выше 6 баллов и выше;

≥6 по шкале ASPECTS;

срок не позднее 6 часов после появления симптомов.

33. Пациенты, доставленные в приемный покой медицинской организации, у которых по результатам осмотра не подтверждено ОНМК, по показаниям могут быть госпитализированы в другое отделение этой же медицинской организации, либо отправлены в отделение стационара другой медицинской организации, либо отпущены домой.

34. За время госпитализации больным проводится обследование и лечение в соответствии с типом ОНМК, которое должно включать:

стандартизированное скрининговое тестирование функции глотания не позднее 3 часов от момента поступления в стационар;

нутритивная поддержка не позднее 24 часов от момента поступления в стационар с последующей коррекцией;

профилактика повторных сосудистых нарушений лекарственными препаратами группы антиагреганты при некардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта или лекарственными препаратами группы антикоагулянты при кардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта (при отсутствии медицинских противопоказаний);

при подозрении на ОНМК должно проводиться дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с цветным доплеровским картированием кровотока для визуализации атеросклеротической бляшки, оценки ее морфологического состояния и поверхности, опасности повторной эмболии;

ультразвуковая оценка стеноза внутренних сонных артерий должна выполняться по методике NASCET (приложение 4 к настоящему алгоритму);

коррекцию артериального давления, гиповолемии, водного баланса, гликемии у пациентов с ишемическим инсультом проводить в соответствии Клиническими рекомендациями по лечению ишемического инсульта (2024г.);

профилактика тромбоза глубоких вен;

рекомендуется профилактическая антикоагуляция гепарином натрия или низкомолекулярными гепаринами для неподвижных пациентов с ишемическим инсультом, у которых преимущества снижения риска венозной тромбоэмболии достаточно высоки, чтобы компенсировать повышенный риск внутричерепных и внечерепных кровотечений, связанных с их использованием;

рекомендуется раннее (не позднее 48 часов ОНМК) начало вторичной профилактики ТИА и ишемического инсульта;

медицинская реабилитация не позднее 48 - 72 часов от момента поступления в стационар при отсутствии противопоказаний.

35. Пациентам с транзиторными ишемическими атаками и малым неинвалидизирующим ишемическим инсультом (0–2 по шкале Рэнкина), при наличии показаний (наличие симптомных стенозов 70 процентов и более), с целью вторичной профилактики, при отсутствии противопоказаний к реконструктивным операциям на сонных артериях, должна быть организована консультация врача сердечно-сосудистого хирурга, организовано оказание специализированной медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области «Об организации медицинской помощи пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий на территории Челябинской области».

36. В случае развития у пациента с ОНМК угнетения уровня бодрствования до комы информация о пациенте передается лечащим врачом или врачом - анестезиологом-реаниматологом в Центр мониторинга за пациентами с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения, организованного на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница» не позднее 24 часов от ухудшения состояния.

37. После окончания срока лечения в ПСО (РSC) дальнейшие тактика ведения и медицинская реабилитация пациента с ОНМК определяются лечащим врачом совместно с заведующим отделением.

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

39. В целях дальнейшего оказания медицинской помощи, своевременного установления диспансерного наблюдения в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения России от 15.03.2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» после завершения стационарного лечения медицинской организацией, в которой проходил лечение пациент с ОНМК, обеспечивается направление, в том числе с использованием региональной

медицинской информационной системы, в медицинскую организацию Челябинской области, за которой пациент закреплён для получения первичной медико-санитарной помощи, выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного.

40. В выписном эпикризе обязательно указывается:

количество баллов на момент поступления и выписки по шкалам: Рэнкин, NIHSS, Ривермид, ШРМ;

причина инсульта (для ишемического инсульта по классификации TOAST);

рекомендации по каждому выявленному фактору риска (немедикаментозная и медикаментозная профилактика);

установление диспансерного наблюдения;

медицинская организация дальнейшей маршрутизации для проведения медицинской реабилитации 2 и 3 этапов и вторичной профилактики ОНМК (в случаях маршрутизации на амбулаторный этап дополнительно указывается дата явки на прием по вторичной профилактике ОНМК).

41. Медикаментозные методы лечения, направленные на предотвращение развития повторных ОНМК, продолжают непрерывно после завершения оказания медицинской помощи в стационарных условиях под наблюдением медицинских работников медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

42. Руководители медицинских организаций организуют проведение на постоянной основе обучение врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-неврологов, врачей-кардиологов современным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, уделив особое внимание больным с ОНМК, диспансерному наблюдению больных, перенесших ОНМК, особенно лицам трудоспособного возраста - с целью профилактики повторного ОНМК.

43. Руководители медицинских организаций обеспечивают регулярное информирование населения о первых признаках сосудистых заболеваний и необходимости своевременного обращения за медицинской помощью.

44. При необходимости, по запросу главного внештатного специалиста-невролога Министерства здравоохранения Челябинской области в Челябинской области медицинские организации предоставляют имеющуюся информацию, необходимую для проведения анализа профильности госпитализации и анализа эффективности использования ресурсов медицинской организации, соблюдения маршрутизации.

45. Памятка по организации медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения на территории Челябинской области представлена в приложении 4 к настоящему Алгоритму.

46. Оценка качества оказания медицинской помощи больным с ишемическим инсультом и транзиторной ишемической атакой проводится на основе критериев оценки качества медицинской помощи, приведенных в клинических рекомендациях.

47. Рекомендуются с целью увеличения эффективности и безопасности реабилитационного процесса осуществлять мероприятия по медицинской реабилитации в специализированных реабилитационных отделениях с использованием специального оборудования и материалов в соответствии с санитарно-гигиеническими нормами и правилами эксплуатации используемого оборудования и материалов для медицинских реабилитационных подразделений.

48. Телемедицинские консультации с профильными федеральными организациями, подведомственными Министерству здравоохранения Российской Федерации, проводится по заявке медицинской организации 3 уровня – Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница» в телемедицинскую систему Федерального государственного бюджетного учреждения Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» Федерального медико-биологического агентства.

Телемедицинские консультации медицинских организаций Челябинской области с медицинской организацией 3 уровня – Государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница» проводятся по заявке медицинской организации, направленной в Центр мониторинга на адрес электронной почты: sm@chelmed.ru, также посредством телефонной связи в круглосуточном режиме с дежурным врачом – кардиологом по телефону: 89026030067. Телемедицинская консультация/консилиум проводится в сложных клинических случаях в целях проведения оценки, интерпретации и описания результатов проведенных исследований, а также определения тактики лечения. Специалистами Центра мониторинга определяется состав врачей специалистов и организуется проведение телемедицинской консультации и предоставление заключения о проведенной телемедицинской консультации в медицинскую организацию.

49. Проведение телемедицинских консультаций осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 13 ноября 2020 г. № 2073 «Об организации и оказании в медицинских организациях Челябинской области медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинского работника с пациентами и (или) их законными представителями», приказом Министерства здравоохранения Российской

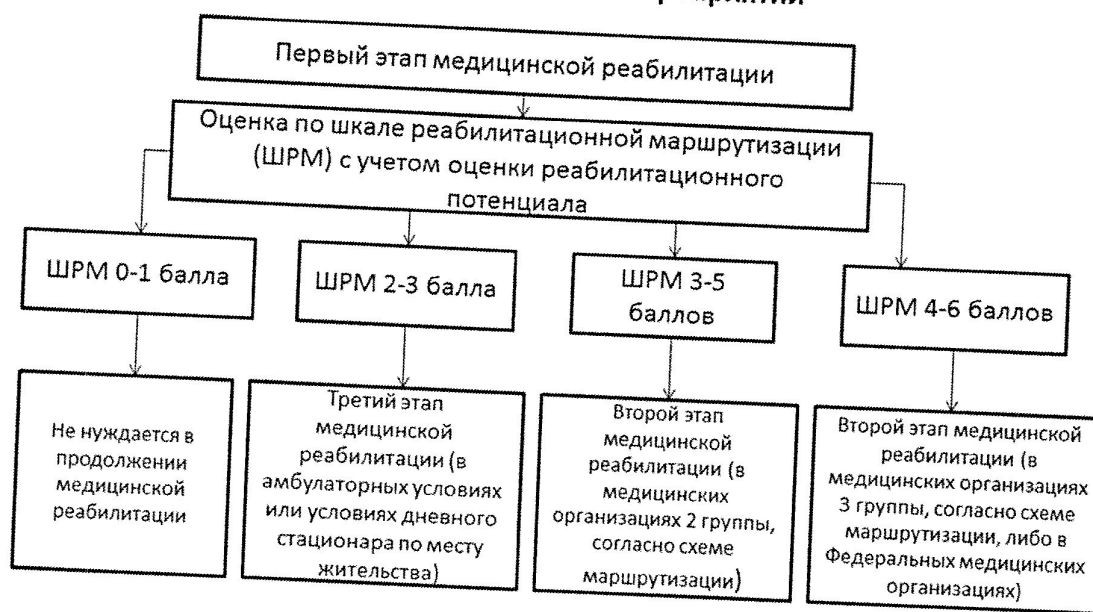
Федерации от 11 апреля 2025 г. № 193н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

50. В целях дальнейшего оказания медицинской помощи, своевременного установления диспансерного наблюдения в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» после завершения стационарного лечения медицинской организацией, в которой проходил лечение пациент с ОНМК, обеспечивается направление, в том числе с использованием региональной медицинской информационной системы «БАРС», в медицинскую организацию Челябинской области, за которой пациент закреплён для получения первичной медико-санитарной помощи, выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного.

51. Руководители медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, обеспечивают в срок до трех дней от момента выписки из стационара постановку на диспансерное наблюдение, выписку рецепта на льготное лекарственное обеспечение в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.09.2022 г. № 639н «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» (далее именуется - Приказ № 639н), за исключением лиц, имеющих право на получение социальной услуги в виде обеспечения лекарственными препаратами в соответствии с Федеральным законом «О государственной социальной помощи».

52. Схема маршрутизации для проведения медицинской реабилитации на всех этапах медицинской реабилитации утверждена приказом Министерства здравоохранения Челябинской области «Об организации оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «медицинская реабилитация» в Челябинской области».

Схема маршрутизации пациентов с ОНМК для проведения реабилитационных мероприятий



53. Правила определения индивидуальной маршрутизации пациента, включая этапы медицинской реабилитации и группы медицинских организаций, в соответствии со шкалой реабилитационной маршрутизации:

1) Для определения индивидуальной маршрутизации пациента при реализации мероприятий по медицинской реабилитации, включая этап медицинской реабилитации и группу медицинской организации, применяется шкала реабилитационной маршрутизации (далее именуется - ШРМ).

2) Градации оценки и описание ШРМ приведены в таблице.

Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ)

Таблица

Значения показателя ШРМ (баллы)	Описание состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции и структуры организма, активность и участие пациента)		
	При заболеваниях или состояниях центральной нервной системы	При заболеваниях или состояниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы	При соматических заболеваниях
1	Отсутствие нарушений функционирования и ограничения жизнедеятельности. Функции, структуры организма сохранены полностью		
	Отсутствие проявлений нарушений функционирования и ограничения жизнедеятельности при наличии симптомов заболевания		

	а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение, другое), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и до болезни	а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение, другое), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и до болезни	а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение, другое), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и до болезни; в) может выполнять физическую нагрузку выше обычной без слабости, сердцебиения, одышки
2	Легкое нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности		
	а) не может выполнять виды деятельности (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и другие) с той степенью активности, которая была до болезни, но может справляться с ними без посторонней помощи;	а) не может выполнять виды деятельности (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и другие) с той степенью активности, которая была	а) не может выполнять виды деятельности (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и другие) с той степенью активности, которая была до болезни, но может справляться с ними без

1	б) может самостоятельно себя обслуживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается); в) не нуждается в наблюдении; г) может проживать один дома от недели и более без посторонней помощи	до болезни, но может справиться с ними без посторонней помощи; б) может самостоятельно себя обслуживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается); в) не нуждается в наблюдении; г) может проживать один дома от недели и более без посторонней помощи	посторонней помощи; б) обычная физическая нагрузка не вызывает выраженного утомления, слабости, одышки или сердцебиения. Стенокардия развивается при значительном, ускоренном или особо длительном напряжении (усилии). Тест шестиминутной ходьбы (ТШМ) > 425 м. Тесты с физической нагрузкой (велоэргометрия или спироэргометрия) 125 Вт 7 МЕ;
			в) может самостоятельно себя обслуживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается); г) не нуждается в наблюдении; д) может проживать один дома от недели и более без посторонней помощи
3	Умеренное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности		
	а) может передвигаться самостоятельно; б) самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет другие виды повседневной активности; в) нуждается в посторонней помощи при выполнении сложных видов активности: приготовлении пищи, уборке дома, походе в магазин за покупками и других; г) нуждается в помощи для выполнения операций с денежными средствами; д) может проживать один дома без посторонней помощи от 1 суток до 1 недели	а) может передвигаться самостоятельно, с помощью трости; б) незначительное ограничение возможностей самообслуживания при одевании, посещении туалета, приеме пищи и выполнении других видов повседневной активности; в) нуждается в посторонней помощи при выполнении сложных видов активности: приготовлении пищи, уборке дома, походе в магазин за покупками и других; г) умеренно выраженный болевой синдром во время ходьбы, незначительно выраженный болевой синдром в покое (1-3 балла по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ)).	а) может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; б) патологические симптомы в покое отсутствуют, обычная физическая нагрузка вызывает слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку, стенокардия развивается при ходьбе на расстояние > 500 м по ровной местности, при подъеме на > 1 пролет обычных ступенек в среднем темпе в нормальных условиях. ТШМ = 301-425 м. Тесты с физической нагрузкой (велоэргометрия /спироэргометрия) = 75-100 Вт/4-6,9 МЕ; в) самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет другие виды повседневной активности; г) нуждается в посторонней помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, похода в магазин

		помощи от 1 суток до 1 недели	помощи от 1 суток до 1 недели
4	Выраженное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности		
	а) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; б) нуждается в посторонней помощи при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и других; в) в обычной жизни нуждается в ухаживающем; г) может проживать один дома без посторонней помощи до 1 суток	а) умеренное ограничение возможностей передвижения, нуждается в дополнительном средстве опоры костылях; б) умеренное ограничение возможностей самообслуживания и выполнения всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и других; в) выраженный болевой синдром во время движений, умеренно выраженный болевой синдром в покое (4-7 баллов по ВАШ) д) может проживать один дома без посторонней помощи от 1 суток до 1 недели	а) умеренное ограничение возможностей передвижения; б) стенокардия возникает при ходьбе от 100 до 500 м по ровной местности, при подъеме на 1 пролет обычных ступенек в среднем темпе в нормальных условиях. ТШМ = 150-300 м, тесты с физической нагрузкой (велозргометрия/спирозргометрия) = 25-50 Вт/2-3,9 МЕ; в) нуждается в посторонней помощи при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и других; г) в обычной жизни нуждается в ухаживающем; д) может проживать один дома без посторонней помощи до 1 суток
5	Грубое нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности		
	а) пациент прикован к постели; б) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; в) нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и других; г) круглосуточно нуждается в уходе; д) не может быть оставлен один дома без посторонней помощи	а) выраженное ограничение возможностей передвижения, нуждается в дополнительных средствах опоры ходунки или самостоятельно передвигается в коляске. Перемещение ограничено пределами стационарного отделения. Не может ходить по лестнице; б) выраженное ограничение возможностей самообслуживания и выполнения всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет и других; в) выраженный болевой синдром в покое (8-10 баллов по ВАШ), усиливающийся при движении; г) может проживать один	а) больной комфортно чувствует себя только в состоянии покоя, минимальные физические нагрузки приводят к появлению слабости, сердцебиения, одышки, болям в сердце. ТШМ < 150 м; б) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; в) нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и других; г) круглосуточно нуждается в уходе; д) не может быть оставлен один дома без посторонней помощи

		дома без посторонней помощи до 1 суток	
6	Нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности крайней степени тяжести		
	а) хроническое нарушение сознания: витальные функции стабильны; нейромышечные и коммуникативные функции глубоко нарушены: пациент может находиться в условиях структурного подразделения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реаниматология» (далее реанимационное отделение); б) нейромышечная несостоятельность: психический статус в пределах нормы, однако глубокий двигательный дефицит (тетраплегия) и бульбарные нарушения вынуждают больного оставаться в реанимационном отделении		

3) Пациент, в отношении которого проведены мероприятия по медицинской реабилитации на любом этапе, имеющий оценку состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции и структуры организма, активности и участия пациента) согласно ШРМ 0-1 балла, не нуждается в продолжении медицинской реабилитации.

4) Пациент, в отношении которого проведены мероприятия по медицинской реабилитации на первом и (или) втором этапах и имеющий значения ШРМ 2-3 балла, направляется на третий этап медицинской реабилитации в медицинскую организацию первой, второй, третьей и четвертой групп.

5) Пациент, в отношении которого проведены мероприятия по медицинской реабилитации на первом этапе и имеющий значения ШРМ 4-5 баллов, направляется на второй этап медицинской реабилитации, в медицинскую организацию второй, третьей и четвертой групп.

6) Пациент, в отношении которого проведены мероприятия по медицинской реабилитации, имеющий значения ШРМ 4-6 баллов и не изменивший своего состояния после проведения мероприятий по медицинской реабилитации, направляется на второй этап медицинской реабилитации в медицинскую организацию третьей и четвертой групп.

Приложение 1
к Алгоритму оказания медицинской
помощи пациентам с острыми
нарушениями мозгового
кровообращения на территории
Челябинской области

Перечень обязательных вопросов, задаваемых человеку, обратившемуся за
медицинской помощью с подозрением на ОНМК

1. Имеется ли асимметрия лица, перекошен ли рот?
2. Имеется ли слабость в руке, ноге с одной стороны?
3. Имеются ли речевые нарушения?
4. Сколько времени прошло с момента появления симптомов?
5. Каков темп возникновения симптомов (быстрый, медленный)?
6. Имеется ли снижение чувствительности (онемение) в руке, ноге с одной стороны?
7. Нарушение зрения, двоение в глазах?
8. Контакт с больным (если обращается родственник)?

При положительном ответе хотя бы на один из вопросов 1 - 2 - 3:
заподозрить ОНМК и немедленно направить к больному выездную бригаду
скорой медицинской помощи.

Ответ на вопрос 4 позволяет акцентировать внимание бригады на
возможности доставить пациента в стационар в «терапевтическое окно» (4,5
часа) с целью применения тромболитической терапии.

Приложение 2
к Алгоритму оказания медицинской
помощи пациентам с острыми
нарушениями мозгового
кровообращения на территории
Челябинской области

1. Шкала оценки неврологического дефицита по LAMS

Тесты	Результат теста	Баллы
Оценка лицевой мускулатуры		
Попросить пациента показать зубы, поднять брови, закрыть глаза, зажмурить глаза. Допускается демонстрация данных команд врачом. Оценить симметричность болевой гримасы в ответ на болевой стимул у пациентов, которые не могут понять медицинского работника (при речевых расстройствах)	Нет асимметрии мимической мускулатуры (болевая гримаса на болевой стимул симметрична)	0 балл
	Отсутствие движений мимической мускулатуры в нижних отделах (или в верхних и нижних отделах) лица с одной стороны (несимметричная гримаса на болевой стимул)	1 балл
Оценка двигательных нарушений		
Руки следует вытянуть под углом 90 градусов (если пациент сидит) или 45 градусов (если пациент лежит на спине). Допускается демонстрация выполнения приема врачом у пациентов с афазией. Не допускается нанесение болевых стимулов	Руки удерживает без опускания	0 балл
	Одна рука медленно опускается, но производит сопротивление силе тяжести	1 балл
	Одна рука быстро падает без сопротивления силе тяжести	2 балла
Оценка мышечной силы		
Попросить пациента плотно сжать указательный и средний пальцы в кулаке. Оценить силу сжатия с 2 сторон	Сжимает симметрично, сила не снижена	0 балл
	С одной стороны сжимает слабее	1 балл
	С одной стороны не сжимает, движения в кисти отсутствуют	2 балла

2. Шкала комы Глазго

Открывание глаз	Двигательные	Речевые	Баллы
Глаза остаются закрытыми	Нет ответа	Нет ответа	1
На боль	Патологическое разгибание	Нечленораздельные звуки	2
На голос	Патологическое сгибание	Ответ не соответствует вопросу по смыслу	3
спонтанное	Отдергивание конечности	Больной дезориентирован	4
-	Отталкивание раздражителя	Больной полностью ориентирован	5
-	Движения по команде	-	6

Результат может быть от 3 до 15 баллов, чем ниже число баллов, тем тяжелее расстройство сознания.

13-14 баллов	Оглушение характеризуется сонливостью, нарушением внимания, утратой связанности мыслей или действий
9-12 баллов	Сопор - глубокое угнетение сознания с сохранностью координированных защитных реакций и открывания глаз на сильные раздражители (звуковые, болевые и др.)
7-8 баллов	Кома поверхностная I степени, разбудить пациента невозможно, на болевые раздражения реагирует беспорядочными движениями, не локализуя боль
5-6 баллов	Кома глубокая II степени, пациент не отвечает двигательными реакциями на болевые раздражения
3-4 балла	Кома атоническая III степени, полное отсутствие реакций даже на сильное болевое раздражение (атония, арефлексия, нарушено или отсутствует дыхание, возможно угнетение сердечной деятельности)

3. Шкала инсульта национального института здоровья (NIHSS)

Проводится для определения уровня неврологического дефицита после инсульта. Высокая оценка соответствует более тяжелому инсульту, даже если он не выявляется при ранней нейровизуализации. Эта шкала применяется для оценки состояния пациентов после тромболизиса или антикоагулянтной терапии. Оценка по данной шкале должна проводиться для всех пациентов с инсультом с ее помощью можно оценить изменение состояния пациента.

Уровень сознания		Оценка	
В сознании, четко отвечает на вопросы		0	
Сонлив, но реагирует даже на минимальный стимул - команду, вопрос		1	
Реакция только в виде двигательных или вегетативных рефлексов или полная арефлексия		2	
Уровень сознания: ответы на вопросы. Пациента просят назвать месяц года и свой возраст			
Правильные ответы на оба вопроса или наличие языкового барьера		0	
Правильный ответ на один вопрос		1	
Неправильные ответы на оба вопроса или не может ответить		2	
Уровень сознания: выполнение команд, пациента просят закрыть глаза и сжать кулак			
Правильные ответы на оба вопроса или наличие языкового барьера		1	
Правильный ответ на один вопрос		1	
Неправильные ответы на оба вопроса или не может ответить		2	
Движения глазных яблок			
Полный объем движений		0	
Частичный паралич взора или изолированный паралич		1	
Фиксированная девиация глазных яблок или полный паралич взора, не преодолимый с помощью приема «глаз куклы»		2	
Поля зрения: исследуется в каждом поле с помощью движений пальцами, которые исследователь выполняет одновременно с обеих сторон			
Норма или давняя слепота		0	
Асимметрия или частичная гемианопсия		1	
Полная гемианопсия		2	
Билатеральная гемианопсия или кома		3	
Паралич лицевой мускулатуры			
Нет или седация		0	
Минимальный (только сглаженность носогубной складки)		1	
Частичный (нижняя половина лица)		2	

Полный (вовлечена вся половина лица) или кома	3	
Движения в левой руке: пациент удерживает вытянутую руку под углом 90°		
Пациент удерживает руку под углом 90° в течение 10 секунд, отек или ампутация	0	
Пациент вначале удерживает руку в заданном положении, рука начинает опускаться до истечения 10 секунд	1	
Пациент не удерживает руку в заданном положении в течение 10 секунд, но все же несколько удерживает ее против силы тяжести	2	
Рука падает сразу, пациент не может преодолеть силу тяжести	3	
Нет движений	4	
Движения в правой руке: пациент удерживает вытянутую руку под углом 90°		
Пациент удерживает руку под углом 90° в течение 10 секунд, отек или ампутация	0	
Пациент вначале удерживает руку в заданном положении, рука начинает опускаться до истечения 10 секунд	1	
Пациент не удерживает руку в заданном положении в течение 10 секунд, но все же несколько удерживает ее против силы тяжести	2	
Рука падает сразу, пациент не может преодолеть силу тяжести	3	
Нет движений	4	
Движения в левой ноге: пациент поднимает ногу на 30° в течение 5 секунд		
Пациент удерживает ногу в заданном положении в течение 5 секунд, отек или ампутация	0	
Нога опускается до промежуточного положения к концу 5 секунды	1	
Нога падает в течение 5 секунд, но пациент все же несколько удерживает ее против силы тяжести	2	
Нога падает сразу, пациент не может преодолеть силу тяжести	3	
Нет движений	4	
Движения в правой ноге: пациент поднимает ногу на 30° в течение 5 секунд		
Пациент удерживает ногу в заданном положении в течение 5 секунд, отек или ампутация	0	
Нога опускается до промежуточного положения к концу 5 секунды	1	
Нога падает в течение 5 секунд, но пациент все же несколько удерживает ее против силы тяжести	2	
Нога падает сразу, пациент не может преодолеть силу тяжести	3	

Нет движений	4	
Итог:		
Речь: оценивается при назывании стандартных картинок, оценка		
Нормальная	0	
Легкие или средней степени тяжести ошибки в назывании, подборе слов или парафазии	1	
Тяжелая: полная афазия Брока (моторная) или Вернике (сенсорная)	2	
Мутизм, или тотальная афазия, или кома	3	
Дизартрия		
Нет	0	
Легкая или средней степени невнятность речи, пациента можно понять	1	
Выраженная дизартрия (речь невнятная, неразборчивая)	2	
Атаксия в конечностях: пальценосовая и пяточно-коленная пробы		
Нет (нет движений в конечностях), невозможно оценить	0	
Атаксия имеется в одной конечности	1	
Атаксия в двух конечностях	2	
Чувствительность: исследуется с помощью булавки, если уровень сознания снижен, оценивается только при наличии гримасы или асимметричного отдергивания		
Нормальная, седация или ампутация	0	
Легкая и умеренная. Пациент чувствует укол менее остро, но осознает прикосновение	1	
Значительная или полная утрата чувствительности, не осознает прикосновения	2	
Синдром «отрицания» (игнорирование)		
Нет или седация	0	
Зрительное, тактильное или слуховое игнорирование половины пространства	1	
Глубокое игнорирование половины пространства по двум и более модальностям	2	
Итог:		

4. Индекс Бартель

Критерий	Количество баллов	Характеристика
1. Прием пищи	10	Питается самостоятельно, пользуется посудой, столовыми и бытовыми приборами
	5	Нуждается в частичной посторонней помощи, например, при разрезании продуктов
	0	Полностью нуждается в помощи
2. Купание	5	Принимает ванну или душ без посторонней помощи
	0	Может принимать ванну или душ с посторонней помощью
3. Умывание	5	Умывается, причесывается, чистит зубы, бреется (или пользуется косметикой)
	0	Нуждается в помощи
4. Одевание	10	Одевается (и обувается) самостоятельно
	5	Одевается не вполне самостоятельно
	0	Самостоятельно не одевается
5. Контроль акта дефекации	10	Полностью контролирует
	5	Не вполне контролирует (например, ночью)
	0	Не контролирует
6. Контроль акта мочеиспускания	10	Полностью контролирует
	5	Не вполне контролирует (например, ночью)
	0	Не контролирует
7. Использование туалета	10	Пользуется туалетом или ночным судном самостоятельно
	5	Нуждается в посторонней помощи (например, для сохранения равновесия, одевания и раздевания)
	0	Не в состоянии пользоваться туалетом или ночным судном самостоятельно
8. Переход с кровати на стул	15	Переходит самостоятельно
	10	Нуждается при переходе в минимальной помощи (или наблюдении)
	5	Может сидеть, однако нуждается в помощи при переходе
	0	Не встает с постели
9. Передвижение	15	Может без посторонней помощи передвигаться на расстояния более 500 м.
	10	Может передвигаться с посторонней помощью в пределах 500 м.
	5	Может пройти до 100 м. или передвигается с помощью кресла-коляски
	0	Не может самостоятельно двигаться на расстояние более 50 м. или не способен к передвижению
10. Подъем по лестнице	10	Может подниматься самостоятельно
	5	Нуждается в помощи (или наблюдении)
	0	Не в состоянии подниматься по лестнице самостоятельно
Сумма баллов:		

5. Индекс мобильности Ривермид

Значение индекса мобильности Ривермид соответствует баллу, присвоенному вопросом, на который врач может дать положительный ответ в отношении пациента. Значение индекса может составлять от 0 (невозможность самостоятельного выполнения каких-либо произвольных движений) до 15 (возможность пробежать 10 метров).

№ п/п	Навык	Вопрос
1.	Повороты в кровати	Можете ли вы повернуться со спины на бок без посторонней помощи?
2.	Переход из положения лежа в положение сидя.	Можете ли вы из положения лежа самостоятельно сесть на край постели?
3.	Удержание равновесия в положении сидя.	Можете ли вы сидеть на краю постели без поддержки в течение 10 секунд?
4.	Переход из положения сидя в положение стоя.	Можете ли вы встать (с любого стула) менее чем за 15 секунд и удерживаться в положении стоя около стула 15 секунд (с помощью рук или, если требуется с помощью вспомогательных средств)?
5.	Стояние без поддержки	Наблюдая, как больной без опоры простоит 10 секунд
6.	Перемещение	Можете ли вы переместиться с постели на стул и обратно без какой-либо помощи?
7.	Ходьба по комнате, в том числе с помощью вспомогательных средств, если это необходимо.	Можете ли вы пройти 10 метров используя, при необходимости вспомогательные средства, но без помощи постороннего лица?
8.	Подъем по лестнице	Можете ли вы подняться по лестнице на один пролет без посторонней помощи?
9.	Ходьба за пределами квартиры (по ровной поверхности)	Можете ли вы ходить за пределами квартиры, по тротуару без посторонней помощи?
10.	Ходьба по комнате без применения вспомогательных средств.	Можете ли вы пройти 10 метров в пределах квартиры без костыля, ортеза и без помощи другого лица?
11.	Поднятие предметов с пола	Если вы уронили что-то на пол, можете ли вы пройти 5 метров, поднять предмет, который вы уронили, и вернуться обратно?
12.	Ходьба за пределами квартиры (по неровной поверхности)	Можете ли вы без посторонней помощи ходить за пределами квартиры по неровной поверхности (травы, гравий, снег и т.п.)?

13.	Прием ванны	Можете ли вы войти в ванну (душевую кабину) и выйти из нее без присмотра, вымыться самостоятельно?
14.	Подъем и спуск на 4 ступени	Можете ли вы подняться на 4 ступени и спуститься обратно, не опираясь на перила, но, при необходимости, используя вспомогательные средства?
15.	Бег	Можете ли вы пробежать 10 метров не прихрамывая, за 4 секунды (допускается быстрая ходьба)?

6. Модифицированная Шкала Рэнкина

Позволяет оценить степень инвалидизации после инсульта и включает пять степеней инвалидизации после инсульта.

0	Нет симптомов
1	Отсутствие существенных нарушений жизнедеятельности, несмотря на наличие некоторых симптомов: способен выполнять все повседневные обязанности
2	Легкое нарушение жизнедеятельности: неспособен выполнять некоторые прежние обязанности, однако справляется с собственными делами без посторонней помощи
3	Умеренное нарушение жизнедеятельности: требуется некоторая помощь, однако способен ходить без посторонней помощи
4	Выраженное нарушение жизнедеятельности: неспособен ходить без посторонней помощи, неспособен справляться со своими физическими потребностями без посторонней помощи
5	Тяжелое нарушение жизнедеятельности: прикован к постели, недержание мочи и кала, требует постоянной помощи и присмотра персонала

1. Первая степень предполагает отсутствие признаков инвалидности, больной в состоянии выполнять без посторонней помощи все действия по уходу за собой. Однако это не исключает у больного наличия мышечной слабости, расстройств чувствительности, нарушений речи или других неврологических функций. Эти нарушения выражены в незначительной степени и не ведут к ограничению активности.

2. Вторая степень предполагает наличие легких признаков инвалидности, но больной в состоянии ухаживать за собой без посторонней помощи. Например, не может вернуться к прежней работе, но способен обслуживать себя без постороннего присмотра.

3. Третья степень предполагает умеренно выраженные признаки инвалидности, больной нуждается в некоторой посторонней помощи при

одевании, гигиеническом уходе за собой; больной не в состоянии внятно читать или свободно общаться с окружающими. Больной может пользоваться ортопедическими приспособлениями или тростью.

4. Четвертая степень предполагает наличие выраженных признаков инвалидности. Больной не в состоянии ходить и ухаживать за собой без посторонней помощи, он нуждается в круглосуточном присмотре и в ежедневной посторонней помощи. При этом он в состоянии самостоятельно или при минимальной помощи со стороны выполнять какую-то часть мероприятий по уходу за собой.

5. Пятая степень предполагает сильно выраженные признаки инвалидности. Больной прикован к постели, неопрятен и нуждается в постоянном уходе и наблюдении.

7. Тестирование функции глотания
СТАНДАРТИЗИРОВАННОЕ СКРИНИНГОВОЕ
ТЕСТИРОВАНИЕ ФУНКЦИИ ГЛОТАНИЯ

Прежде, чем проводить тестирование – заполните этот лист (в течение первых 3-х часов с момента поступления пациента в стационар)

Ф.И.О.: Отделение _____ Палата
1. Пациент бодрствует или может быть разбужен? Реагирует на обращение? ДА ☐

НЕТ ☐

2. Может ли пациент быть посажен? Может ли сидя контролировать положение головы? ДА ☐

НЕТ ☐

Если вы ответили **НЕТ** хотя бы на 1 вопрос – остановитесь и

НЕ ПРИСТУПАЙТЕ К ТЕСТИРОВАНИЮ

Производите повторные оценки каждые 24 часа. Обсудите вопросы питания и гидратации с врачами.

3. Может ли пациент покашлять, если его попросить об этом? ДА ☐

НЕТ ☐

4. Может ли пациент контролировать слюну: вовремя проглатывать, не допускать истечение слюны изо рта? ДА ☐

НЕТ ☐

5. Может ли пациент облизать губы? ДА ☐

НЕТ ☐

6. Может ли пациент свободно дышать? ДА ☐

НЕТ ☐

Если ответы на 3-6 вопросы «ДА» – переходите к тестированию

Если на любой из вопросов вы ответили «НЕТ» – ОБРАТИТЕСЬ ЗА КОНСУЛЬТАЦИЕЙ К СПЕЦИАЛИСТУ ПО ГЛОТАНИЮ

7. Голос пациента влажный или хриплый? ДА ☐ обратитесь к специалисту по глотанию

НЕТ ☐ приступайте к тестированию

Если сомневаетесь, обсудите со специалистом по глотанию и/или врачом.

Лист заполнил(а):

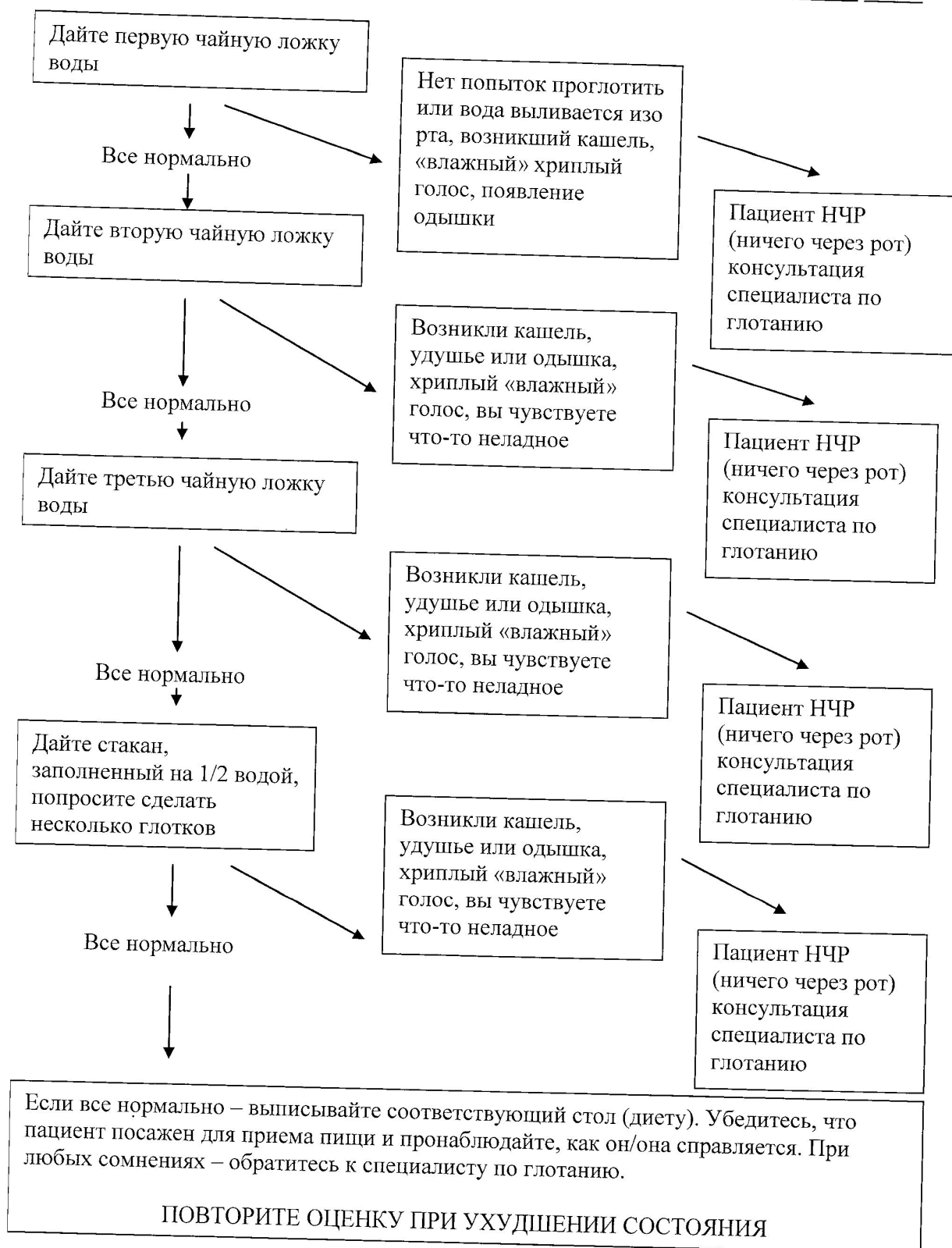
Дата: « _____ » _____ 20 _____

Время: _____ час. _____ мин.

Подпись: /Фамилия...../

СКРИНИНГОВОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ГЛОТАНИЯ

Пациент РАЗБУЖЕН и ПОСАЖЕН: Дата: ____/____/____



Скрининговое тестирование произвела:.....

Приложение 3
к Алгоритму оказания медицинской помощи
пациентам с острыми нарушениями
мозгового кровообращения на территории
Челябинской области

Контактные данные ответственных лиц

Медицинская организация	ФИО руководителя отделения	Контактный телефон
Автономная некоммерческая организация «Центральная клиническая медико-санитарная часть»	Салтыкова Альбина Тиналовна	8(3519)26-85-96
Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская больница № 3 г. Магнитогорск»	Кадыров Гайрат Таирович	8(3519)39-59-92 8(3519)39-59-96 8(3519)39-59-72
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница г. Златоуст»	Ершова Татьяна Павловна	8(3513)66-43-13 8(3513)66-42-40
Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская больница № 3 г. Миасс»	Вязьмин Виталий Алексеевич	8(3513)54-33-06 8(3513)24-17-44 8 (3513)24-05-40
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница им. А.П. Силаева г. Кыштым»	Классен Елена Александровна	8(3515)14-67-64
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная больница г. Троицк»	Корнилова Ирина Николаевна	8(3516)32-39-41 8(3516)32-60-90
Государственное автономное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница № 3»	Попов Дмитрий Валентинович	8(351)741-65-41
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница г. Сатка»	Крицкая Наталья Викторовна	8(351)619-52-67
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница с. Варна»	Мицель Оксана Викторовна	8(3514)221257 89026009922 8(3514)221656
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница»	Печеркин Вячеслав Федорович	8(351)223-02-97

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 9 г. Челябинск»	Кожевников Александр Андреевич	8(351)727-97-10 8(351)251-59-26
Государственное автономное учреждение здравоохранения Ордена Знака Почета «Городская клиническая больница № 8 г. Челябинск»	Клепиков Евгений Юрьевич	8(351)772-80-19 8(351)734-47-30
Государственное автономное учреждение здравоохранения Ордена Трудового Красного Знамени «Городская клиническая больница № 1 г. Челябинск»	Зиновьева Наталья Павловна	8(351)728-49-68 8(351)728-49-56
Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница № 71 Федерального медико-биологического агентства»	Турванин Владимир Алексеевич	8(35130)2-84-46.

Приложение 4
к Алгоритму оказания медицинской
помощи пациентам с острыми нарушениями
мозгового кровообращения на территории
Челябинской области

Классификация стеноза по формулам NASCET

Высчитывается по следующей формуле для ангиографии:

Степень стеноза равен $(1 - \frac{\text{Самый узкий просвет внутренней сонной артерии/на нормальный показатель просвета внутренней сонной артерии дистальнее}}{\text{Самый узкий просвет внутренней сонной артерии дистальнее}}) \times 100\%$

По степени стеноза условно различают:

- малый стеноз (0-29%);
- умеренный (30-50%);
- выраженный (50-69%);
- критический (70-99%);
- окклюзию (100%).

Принципиально важной является возможность градации стенозов менее 50%, не подлежащие хирургической коррекции и стенозов более 75%, как правило, являющихся объектом хирургической коррекции.

Помимо степени стеноза, атеросклеротическая бляшка, вызвавшая сужение сосуда, классифицируется по ряду признаков:

По структуре:

- гомогенные (низкой, умеренной, высокой плотности);
- гетерогенные (с преобладанием зон пониженной/повышенной плотности);
- петрифицированные/не петрифицированные.

По распространенности:

- локальные (менее 1.5 см);
- пролонгированные (более 1.5 см).

По локализации:

- сегментарные (занимают до 0.25 окружности сосуда);
- полуконцентрические (занимают до 0.5 окружности сосуда);
- концентрические (занимают более 0.5 окружности сосуда).

По форме поверхности:

- с ровной поверхностью;
- с неровной поверхностью.

По факту наличия осложнений:

- неосложненные;
- с осложнениями (изъятие, интрамуральное кровоизлияние, внутрисосудистый тромб).

УТВЕРЖДЕНА
приказом
Министерства здравоохранения
Челябинской области
от «24» 10 2025 г. № 707

Схема маршрутизации пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Челябинской области

1) маршрутизация пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, нуждающихся в оказании медицинской помощи с использованием хирургических методов лечения, включая нейрохирургические вмешательства:

Муниципальное образование по месту пребывания/обнаружения пациента (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи)	Медицинская организация куда направляются (маршрутизируются) пациенты	Население (18 лет и старше), закрепленное за медицинской организацией, человек
Магнитогорский городской округ	Автономная некоммерческая организация «Центральная клиническая медико-санитарная часть» (далее именуется - АНО «ЦКМСЧ»)	498536
Агаповский муниципальный округ		
Кизильский муниципальный округ		
Нагайбакский муниципальный округ		
Верхнеуральский муниципальный округ		
Брединский муниципальный округ		
Варненский муниципальный округ		
Карталинский муниципальный округ		
Локомотивный городской округ		
Чесменский муниципальный округ	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения (далее именуется – ГБУЗ) «Челябинская областная клиническая больница»	1326145
Ашинский муниципальный округ		
Саткинский муниципальный округ		
Трехгорный городской округ		
Усть-Катавский городской округ		
Катав-Ивановский муниципальный округ		
Златоустовский городской округ		
Кусинский муниципальный округ		
Аргаяшский муниципальный округ		
Еманжелинский муниципальный округ		
Еткульский муниципальный округ		
Коркинский муниципальный округ		
Кунашакский муниципальный округ		
Пластовский муниципальный округ		
Снежинский городской округ		
Сосновский муниципальный округ		
Челябинский городской округ Ленинский район		

Челябинский городской округ Тракторозаводский район		
Челябинский городской округ Центральный район		
Челябинский городской округ Советский район		
Челябинский городской округ Калининский район (территория обслуживания ГБУЗ «Городская клиническая больница № 5 г. Челябинск»)		
Копейский городской округ		
Красноармейский муниципальный округ		
Озерский городской округ		
Карабашский городской округ	Государственное автономное учреждение здравоохранения (далее именуется – ГАУЗ) «Областная клиническая больница № 3»	894400
Миасский городской округ		
Уйский муниципальный округ		
Чебаркульский городской округ		
Чебаркульский муниципальный округ		
Троицкий городской округ		
Троицкий муниципальный округ		
Октябрьский муниципальный округ		
Увельский муниципальный округ		
Южноуральский городской округ		
Верхнеуфалейский городской округ		
Каслинский муниципальный округ		
Кыштымский городской округ		
Нязепетровский муниципальный округ		
Челябинский городской округ Калининский район (за исключением территории обслуживания ГБУЗ «Городская клиническая больница № 5 г. Челябинск»)		
Челябинский городской округ Курчатовский район		
Челябинский городской округ Металлургический район		

2) маршрутизация пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения для проведения тромбоэкстракций

Муниципальное образование	Медицинская организация куда направляются (маршрутизируются) пациенты	Население (18 лет и старше), закрепленное за медицинской организацией, человек
Магнитогорский городской округ* (за исключением населения, прикрепленного к ГАУЗ «Городская больница № 3 г. Магнитогорск»**)	АНО «ЦКМСЧ»	498536

Агаповский муниципальный округ		
Кизильский муниципальный округ		
Нагайбакский муниципальный округ		
Верхнеуральский муниципальный округ		
Брединский муниципальный округ		
Варненский муниципальный округ		
Карталинский муниципальный округ		
Локомотивный городской округ		
Чесменский муниципальный округ	ГАУЗ «Городская больница № 3 г. Магнитогорск»**	
Магнитогорский городской округ (население, прикрепленное к ГАУЗ «Городская больница № 3 г. Магнитогорск»**)		
Аргаяшский муниципальный округ	ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»	1326145
Еманжелинский муниципальный округ		
Еткульский муниципальный округ		
Коркинский муниципальный округ		
Кунашакский муниципальный округ		
Пластовский муниципальный округ		
Снежинский городской округ		
Сосновский муниципальный округ		
Челябинский городской округ Ленинский район		
Челябинский городской округ Тракторозаводский район*		
Челябинский городской округ Центральный район		
Челябинский городской округ Советский район		
Челябинский городской округ Калининский район (территория обслуживания ГБУЗ «Городская клиническая больница № 5 г. Челябинск»		
Копейский городской округ		
Красноармейский муниципальный округ		
Озерский городской округ		
Челябинский городской округ Тракторозаводский район**	ГАУЗ ОЗП «Городская клиническая больница № 8 г. Челябинск»**	
Карабашский городской округ		
Миасский городской округ	ГАУЗ «Областная клиническая больница № 3»	894400
Уйский муниципальный округ		
Чибаркульский городской округ		
Чибаркульский муниципальный округ		
Троицкий городской округ*		
Троицкий муниципальный округ*		
Октябрьский муниципальный округ*		
Увельский муниципальный округ*		
Южноуральский городской округ*		
Верхнеуфалейский городской округ*		

Каслинский муниципальный округ*		
Кыштымский городской округ*		
Нязепетровский муниципальный округ*		
Челябинский городской округ		
Калининский район (за исключением территории обслуживания ГБУЗ «Городская клиническая больница № 5 г. Челябинск»)		
Челябинский городской округ		
Курчатовский район	ГАУЗ «Городская больница № 3 г. Миасс»	210976
Челябинский городской округ		
Металлургический район		
Карабашский городской округ		
Миасский городской округ		
Уйский муниципальный округ		
Чебаркульский городской округ	ГБУЗ «Городская больница им. А.П. Силаева г. Кыштым»**	91950
Чебаркульский муниципальный округ		
Ашинский муниципальный округ		
Саткинский муниципальный округ		
Трехгорный городской округ		
Усть-Катавский городской округ		
Катав-Ивановский муниципальный округ	ГБУЗ «Областная больница г. Троицк» **	143077
Златоустовский городской округ		
Кусинский муниципальный округ		
Верхнеуфалейский городской округ		
Каслинский муниципальный округ		
Кыштымский городской округ		
Нязепетровский муниципальный округ		
Троицкий городской округ		
Троицкий муниципальный округ		
Октябрьский муниципальный округ		
Увельский муниципальный округ		
Южноуральский городской округ		

* до 01.09.2026 г.

** с 01.09.2026 г.

3) маршрутизация пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, не нуждающихся в оказании медицинской помощи с использованием хирургических методов лечения и тромбоэкстракций:

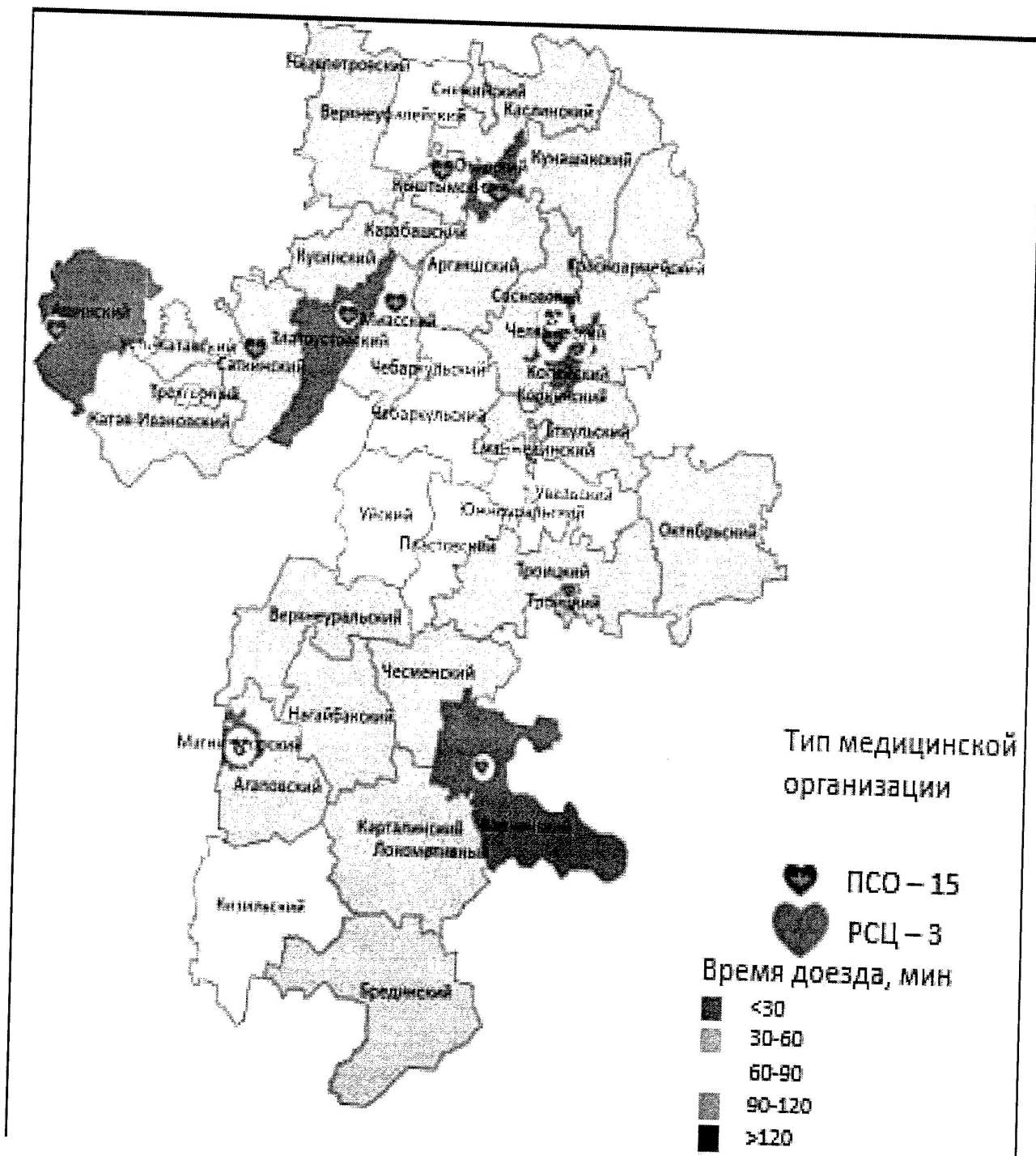
Муниципальное образование	Медицинская организация куда направляются (маршрутизируются) пациенты	Население (18 лет и старше), закрепленное за медицинской организацией, человек
---------------------------	---	--

Магнитогорский городской округ (территория обслуживания АНО «ЦКМСЧ») Верхнеуральский муниципальный округ	АНО «ЦКМСЧ»	222801
Магнитогорский городской округ (территория обслуживания ГАУЗ «Городская больница № 1 им. Г.И. Дробышева г. Магнитогорск»)	ГАУЗ «Городская больница № 1 им. Г.И. Дробышева г. Магнитогорск»	
Магнитогорский городской округ (территория обслуживания ГАУЗ «Городская больница № 2 г. Магнитогорск»)	ГАУЗ «Городская больница № 2 г. Магнитогорск»	
Магнитогорский городской округ (территория обслуживания ГАУЗ «Городская больница № 3 г. Магнитогорск»)	ГАУЗ «Городская больница № 3 г. Магнитогорск»	181735
Агаповский муниципальный округ	ГБУЗ «Районная больница с. Варна»	94000
Кизильский муниципальный округ		
Нагайбакский муниципальный округ		
Брединский муниципальный округ		
Варненский муниципальный округ		
Карталинский муниципальный округ		
Локомотивный городской округ		
Чесменский муниципальный округ	ГБУЗ «Районная больница г. Аша»	45163
Ашинский муниципальный округ		
Саткинский муниципальный округ	ГБУЗ «Областная больница г. Сатка»	128145
Трехгорный городской округ		
Усть-Катавский городской округ		
Катав-Ивановский муниципальный округ		
Златоустовский городской округ	ГБУЗ «Городская больница г. Златоуст»	153976
Кусинский муниципальный округ	ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»	316023
Аргаяшский муниципальный округ		
Еманжелинский муниципальный округ		
Еткульский муниципальный округ		
Коркинский муниципальный округ		
Кунашакский муниципальный округ		
Пластовский муниципальный округ		
Снежинский городской округ		
Сосновский муниципальный округ		
Челябинский городской округ Калининский район (территория обслуживания ГБУЗ «Городская клиническая больница № 5 г. Челябинск»)		
Челябинский городской округ Ленинский район	ГАУЗ «Городская клиническая больница № 9 г. Челябинск»	157951
Челябинский городской округ Тракторозаводский район	ГАУЗ Ордена Знак Почета «Городская	148778

	клиническая больница № 8 г. Челябинск»	
Челябинский городской округ Центральный район	ГБУЗ Ордена Трудового Красного Знамени «Городская клиническая больница № 1 г. Челябинск»	230789
Челябинский городской округ Советский район		
Копейский городской округ	ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск»	148888
Красноармейский муниципальный округ		
Озерский городской округ	Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница № 71 ФМБА России»	68239
Карабашский городской округ	ГБУЗ «Городская больница № 3 г. Миасс»	210976
Миасский городской округ		
Уйский муниципальный округ		
Чебаркульский городской округ		
Чебаркульский муниципальный округ		
Троицкий городской округ	ГБУЗ «Областная больница г. Троицк»	143077
Троицкий муниципальный округ		
Октябрьский муниципальный округ		
Увельский муниципальный округ		
Южноуральский городской округ		
Верхнеуфалейский городской округ	ГБУЗ «Городская больница им. А.П. Силаева г. Кыштым»	91950
Каслинский муниципальный округ		
Кыштымский городской округ		
Нязепетровский муниципальный округ		
Челябинский городской округ Курчатовский район	ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3»	376590
Челябинский городской округ Металлургический район		
Челябинский городской округ Калининский район (за исключением территория обслуживания ГБУЗ «Городская клиническая больница № 5 г. Челябинск»)		

Приложение 1
к Схеме маршрутизации пациентов
с острыми нарушениями мозгового
кровообращения на территории
Челябинской области

Графическая карта - схема маршрутизации и медицинской эвакуации пациентов
с острыми нарушениями мозгового кровообращения в медицинские
организации на территории Челябинской области



Приложение
к Схеме маршрутизации пациентов
с острыми нарушениями мозгового
кровообращения на территории
Челябинской области

Коечный фонд отделений для больных с острым нарушением мозгового кровообращения
на территории Челябинской области

Медицинская организация	Количество отделений для пациентов с ОНМК, если ПИТ/ОРИТ входит в структуру отделения	Количество отделений для пациентов с ОНМК, если ПИТ/ОРИТ не входит в структуру отделения	Количество коек неврологического отделения для больных с ОНМК без ПИТ/ОРИТ	Количество коек интенсивной терапии для больных с ОНМК (ПИТ/ОРИТ)	Примечание	Среднее время медицинской эвакуации пациента с ОНМК в зоне ответственности	Способ госпитализации (1 минута общее приемное отделение/2 через общее приемное отделение)	Нейровизуализация	КТ 128 срезов, МРТ 1,5 Тл в отдельном здании	Антиграфическая установка
Автономная некоммерческая организация «Центральная клиническая медико-санитарная часть»	1	0	27	6		менее 60 мин (в случае медицинской эвакуации из отдаленных районов до 1,5-2 ч с использованием сан авиации)	2			

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница»	0	2	48	12		менее 60 мин (в случае медицинской эвакуации из отделенных районов до 1,5-2 ч с использованием сан авиации)	2	2 КТ 64, 1 КТ 128 срезов, 2 МРТ 1,5 Тл	2
Государственное автономное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница № 3»	0	1	60	18		менее 60 мин	2	КТ 16 и КТ 128 срезов в том же здании, что и смотровая РСЦ, 2 аппарата МРТ 1,5 Тл в том же здании	3 в том же здании
Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 9 г. Челябинск»	0	1	24	6		менее 60 мин	1	КТ 16 срезов в приемном покое ПСО	-
Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская больница № 3 г. Магнитогорск»	1	1	30	8		менее 60 мин	2	КТ 16 срезов в отдельном здании	1 в отдельном корпусе
Государственное автономное учреждение здравоохранения	0	1	10	2		менее 60 мин	2	КТ 64 и 128 срезов в другом корпусе	-

[illegible]

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная больница г. Сатка»	1	0	14	4		менее 60 мин	2	КТ 16 и 64 срезов, один из которых в том же корпусе	1 в отделенном корпусе
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница г. Аша»	0	0	6	0	6	6 коек для больных с ОНМК входит в число коек терапевтического отделения; 10 неврологических коек входит в число коек терапевтического отделения	2	КТ 16 срезов в том же здании	-
Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница № 71 Федерального медико-биологического агентства»	0	2	15	4		менее 60 мин	2	КТ 64 срезов в том же здании	1