

**В ГБУЗ Республики Мордовия «МРЦКБ» проводятся следующие виды высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП):**

**-по профилю сердечно – сосудистая хирургия:**

Коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни;

Коронарная реваскуляризация миокарда с применением аортокоронарного шунтирования при ишемической болезни и различных формах сочетанной патологии;

Хирургическая и эндоваскулярная коррекция заболеваний магистральных артерий;

Хирургическое лечение врожденных, ревматических и неревматических пороков клапанов сердца, опухолей сердца;

Эндоваскулярное лечение врожденных, ревматических и неревматических пороков клапанов сердца, опухолей сердца;

Эндоваскулярная, хирургическая коррекция нарушений ритма сердца без имплантации кардиовертера-дефибриллятора у взрослых (имплантация частотно-адаптированного однокамерного кардиостимулятора).

**-по профилю травматология:**

Эндопротезирование тазобедренных и коленных суставов конечностей с использованием компьютерной навигации;

Реконструктивно-пластические операции на костях таза, верхних и нижних конечностей с использованием погружных или наружных фиксирующих устройств, синтетических и биологических остео замещающих материалов, компьютерной навигации.

**- по профилю абдоминальная хирургия:**

Микрохирургические и реконструктивно-пластические операции на печени, желчных протоках и сосудах печени, в том числе эндоваскулярные операции на сосудах печени и реконструктивные операции на сосудах системы воротной вены, стентирование внутри- и внепеченочных желчных протоков;

Реконструктивно-пластические, в том числе лапароскопически ассистированные операции на тонкой, толстой кишке и промежности.

**-по профилю нейрохирургия:**

Микрохирургические вмешательства с использованием операционного микроскопа, стереотаксической биопсии, интраоперационной навигации и нейрофизиологического мониторинга при внутримозговых новообразованиях головного мозга и каверномах функционально значимых зон головного мозга;

Микрохирургические вмешательства при злокачественных (первичных и вторичных) и доброкачественных новообразованиях оболочек головного мозга с вовлечением синусов, фалькса, намета мозжечка, а также внутрижелудочковой локализации;

Микрохирургическое удаление новообразований (первичных и вторичных) и дермоидов (липом) спинного мозга и его оболочек, корешков и спинномозговых нервов, позвоночного столба, костей таза, крестца и копчика при условии вовлечения твердой мозговой оболочки, корешков и спинномозговых нервов;

Реконструктивные вмешательства при сложных и гигантских дефектах и деформациях свода и основания черепа, орбиты врожденного и приобретенного генеза;

Хирургические вмешательства при врожденной или приобретенной гидроцефалии окклюзионного или сообщающегося характера или приобретенных церебральных кистах.

Повторные ликворошунтирующие операции при осложненном течении заболевания у взрослых;

Сложные декомпрессионно - стабилизирующие и реконструктивные операции при травмах и заболеваниях позвоночника, сопровождающихся развитием миелопатии,

с использованием остеозамещающих материалов, погружных и наружных фиксирующих устройств.

**-по профилю урология:**

Оперативное вмешательство на органах мочеполовой системы с использованием лапароскопической техники;

Реконструктивно-пластические операции на органах мочеполовой системы, включающие кишечную пластику мочевых путей, реимплантацию мочеточников, пластику мочевых путей с использованием аутологичных лоскутов, коррекцию уrogenитальных свищей.

**-по профилю челюстно – лицевая хирургия:**

Реконструктивно-пластические операции по устранению обширных дефектов костей свода черепа, лицевого скелета;

Реконструктивно-пластические, микрохирургические и комбинированные операции при лечении новообразований мягких тканей и (или) костей

лицевого скелета

с одномоментным пластическим устранением образовавшегося раневого дефекта или замещением его с помощью сложного челюстно-лицевого протезирования.

**-по профилю оториноларингология:**

Реконструктивные операции на звукопроводящем аппарате среднего уха; Хирургическое лечение доброкачественных новообразований околоносовых пазух, основания черепа и среднего уха;

Реконструктивно-пластическое восстановление функций гортани и трахеи.

**-по профилю ревматология:** Поликомпонентная иммуномодулирующая терапия с включением генно-инженерных биологических лекарственных препаратов, гормональных и химиотерапевтических лекарственных препаратов с использованием специальных методов лабораторной и инструментальной диагностики больных (старше 18 лет) системными воспалительными ревматическими заболеваниями.

**-по профилю гастроэнтерология:** Поликомпонентная терапия при язвенном колите и болезни Крона 3 и 4 степени активности, гормонозависимых и гормонорезистентных формах, тяжелой форме целиакии химиотерапевтическими и генно-инженерными биологическими лекарственными препаратами под контролем иммунологических, морфологических, гистохимических инструментальных исследований.

**-по профилю гинекология:**

Комплексное лечение при привычном не вынашивании беременности, вызванном тромбофилическими мутациями, антифосфолипидным синдромом, резус-сенсбилизацией, с применением химиотерапевтических, генно-инженерных, биологических, онтогенетических, молекулярно-генетических и иммуногенетических методов коррекции;

Хирургическое органосохраняющее и реконструктивно-пластическое лечение распространенных форм гигантских опухолей гениталий, смежных органов малого таза и других органов брюшной полости у женщин с использованием лапароскопического и комбинированного доступов.

**-по профилю неонатологии:**

Поликомпонентная терапия синдрома дыхательных расстройств, врожденной пневмонии, сепсиса новорожденного, тяжелой церебральной патологии новорожденного с применением аппаратных методов замещения или поддержки витальных функций на основе динамического инструментального мониторинга основных параметров газообмена, гемодинамики, а также лучевых, биохимических, иммунологических и молекулярно-генетических исследований;

Выхаживание новорожденных массой тела до 1500 г, включая детей с экстремально низкой массой тела при рождении, с созданием оптимальных контролируемых параметров поддержки витальных функций и щадяще-развивающих условий внешней среды под контролем динамического инструментального мониторинга основных параметров газообмена, гемодинамики, а также лучевых, биохимических, иммунологических и молекулярно-генетических исследований.

В случаях оказания экстренных видов ВМП решение принимает врачебная комиссия ГБУЗ Республики Мордовия «МРЦКБ». Экстренные виды ВМП оказываются круглосуточно.

При наличии показаний к поведению ВМП в плановом порядке медицинская организация направляет пациента в плановом порядке в консультативную поликлинику для решения вопроса о проведении ВМП в условиях ГБУЗ Республики Мордовия «МРЦКБ» или Федерального Центра:

Для решения вопроса об оперативном лечении (ЧКВ со стентированием, АКШ) необходимо проведение КАГ.

#### **Показания для назначения плановой коронароангиографии (КАГ).**

1. Преходящие изменения ишемического характера, зарегистрированные на ЭКГ покоя или по данным суточного мониторирования ЭКГ.
2. Положительная проба с физической нагрузкой (велоэргометрия (ВЭМ), тредмил-тест, чреспищеводная электрическая стимуляция сердца (ЧПЭС), стресс-эхокардиографическое исследование (стресс Эхо КГ), сцинтиграфия миокарда).
3. Приступы стенокардии напряжения II—IV функционального класса или стенокардии покоя.
4. Ранняя постинфарктная стенокардия.
5. Наличие в анамнезе опасных желудочковых нарушений ритма с высоким риском клинической смерти.
6. Перед операциями на клапанном аппарате сердца в возрасте старше 40 лет.
7. Дифференциальная диагностика с некоронарогенными заболеваниями миокарда (в том числе при атипичном болевом синдроме).
8. Социальные показания при минимально выраженных и нечётких признаках ишемии миокарда, при условии, что профессия больного связана с риском для жизни других людей (лётчики, водители), боевыми дежурствами и др.
9. После трансплантации сердца общепринятый протокол наблюдения больного включает ежегодное проведение КАГ, часто в сочетании с внутрисосудистым ультразвуковым исследованием.

Таким образом, чем больше выражена клиническая симптоматика, чем хуже прогноз по клиническим признакам, тем больше оснований для назначения больному КАГ и решения вопроса о реваскуляризации миокарда.

*Больного не следует направлять на КАГ, если он не согласен на дальнейшее оперативное лечение.*

### **Противопоказания к проведению коронарографии.**

#### Абсолютные противопоказания:

1. Психические заболевания.
2. Рак IV ст.

#### Относительные противопоказания:

1. Обострение тяжелых хронических заболеваний, в т.ч. хроническая почечная недостаточность (креатинин больше 150 микромоль/л).
2. Сердечная недостаточность 3-4.
3. Выраженные коагулопатии.
4. Тяжелая анемия.
5. Неконтролируемая артериальная гипертония (АД выше 180/100 мм. рт. ст).
6. Обострение язвенной болезни.
7. Ухудшение течения ХПН.
8. Вероятность развития кровотечений и ограничения по использованию антикоагулянтов. 9. Интоксикация гликозидами.
10. Гипокалиемия.
11. Лихорадка и острые инфекции.
12. Эндокардит.
13. Декомпенсация сахарного диабета.
14. Поливалентная аллергия.
15. Беременность.

Показания к проведению КАГ определяет врач – кардиолог медицинской организации, при отсутствии в медицинской организации врача-кардиолога – врач кардиолог консультативной поликлиники.

Показаниями к направлению к кардиологу с целью решения вопроса о назначении коронароангиографии является возникновение типичного для стенокардии болевого синдрома впервые при отсутствии диагноза ИБС у пациента.

Врач терапевт и/или врач общей практики должен у пациентов старше 40 лет уточнять наличие или отсутствие болей в грудной клетке.

При наличии:

1. Боли в области грудины, грудной клетки, возможно с иррадиацией в левую руку, спину или нижнюю челюсть, длительностью 2-5 мин. Эквивалентами боли могут быть одышка, ощущение «тяжести», «жжения».
2. Вышеописанная боль возникает во время сильного эмоционального стресса или физической нагрузке.
3. Вышеописанная боль быстро исчезает после прекращения физической нагрузки либо после приема нитроглицерина.

Возможны атипичные варианты иррадиации (в эпигастральную область, в лопатку, в правую половину грудной клетке).

Эквивалентом стенокардии могут быть одышка, ощущение «жара» в области грудины, приступы аритмии во время физической нагрузки.

Эквивалентом физической нагрузки может быть кризовое повышение артериального давления, а также обильный прием пищи.

Все вышеперечисленное требует дальнейшего до обследования пациента (ЭКГ, ХМ ЭКГ, ЭХО-КС) и направления к кардиологу, который в дальнейшем на основании имеющейся клинической картины и данных лабораторно-инструментальных методов обследования принимает решения о наличии и/или отсутствии показаний к коронарографии.

Кроме того, направление к кардиологу показано при наличии хронической ИБС.

При диспансерном наблюдении больных со следующими диагнозами:

1. ИБС. Стенокардия напряжения II-III ФК. При учащении или усилении ангинозных приступов и (или) появлении или усилении одышки (при отсутствии у больного ХСН II-III ст) и (или) появлении на ЭКГ нарушение процессов реполяризации по з. Т и сегменту ST, желудочковой экстрасистолии, фибрилляции или трепетания предсердий, нарушений

проводимости по типу АВ -блокады необходимо провести ХМ ЭКГ и ЭХО-КС и направить к кардиологу.

2. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. При появлении ангинозных приступов (критерии боли описаны выше) и (или) появление или усиление одышки (при отсутствии у больного ХСН II-III ст) и (или) появлении на ЭКГ нарушение процессов реполяризации по з. Т и сегменту ST (при наличии на ЭКГ очагово-рубцовых изменений), желудочковой экстрасистолии, фибрилляции или трепетания предсердий, нарушений проводимости по типу АВ -блокады необходимо провести ХМ ЭКГ и ЭХО-КС и направить к кардиологу.

3. ИБС. Аритмический вариант. При появлении ангинозных приступов (критерии боли описаны выше) и (или) появление или усиление одышки (при отсутствии у больного ХСН II-III ст) и (или) появлении на ЭКГ нарушение процессов реполяризации по з. Т и сегменту ST , необходимо провести ХМ ЭКГ и ЭХО-КС и направить к кардиологу.

4. Гипертоническая болезнь 2-3 ст. При появлении болей в грудной клетке (критерии боли описаны выше) и (или) появление или усиление одышки (при отсутствии у больного ХСН II-III ст) и (или) появлении на ЭКГ нарушение процессов реполяризации по з. Т и сегменту ST, желудочковой экстрасистолии, фибрилляции или трепетания предсердий, нарушений проводимости по типу АВ -блокады необходимо провести ХМ ЭКГ и ЭХО-КС и направить к кардиологу.

5. Сахарный диабет 1 или 2 типа. При появлении болей в грудной клетке (критерии боли описаны выше) и (или) появление или усиление одышки (при отсутствии у больного ХСН II-III ст) и (или) появлении на ЭКГ нарушение процессов реполяризации по з. Т и сегменту ST, желудочковой экстрасистолии, фибрилляции или трепетания предсердий, нарушений проводимости по типу АВ - блокады необходимо провести ХМ ЭКГ и ЭХО-КС и направить к кардиологу.

**- при решении вопроса о ЧКВ со стентированием коронарных артерий – к кардиологу консультативной поликлиники;**

Кроме того, все пациенты, которым показано проведение коронароангиографии и пациенты, которым проведена КАГ, ЧКВ со стентированием, АКШ, направляются к врачу - кардиологу консультативной поликлиники ГБУЗ Республики Мордовия «МРЦКБ».

## **Показания к реконструктивным операциям на брахиоцефальных артериях.**

1. Стеноз сонных артерий более 70% вне зависимости от наличия очаговой неврологической симптоматики.
2. Стеноз сонных артерий более 50% при наличии очаговой неврологической симптоматики.
3. Гемодинамически значимые патологические деформации (локальный турбулентный кровоток в области деформации с повышением линейной скорости кровотока (ЛСК) более 220 см/с, или более чем в 3 раза по сравнению с базовыми величинами кровотока); при повышении ЛСК более 170 см/с, или более чем в 2 раза, - при наличии очаговой неврологической симптоматики.
4. Окклюзии сонных артерий при субкомпенсации мозгового кровообращения в бассейне окклюзированной артерии.
5. Когда ревазуляризация показана для вторичной профилактики пациенту с малым неинвалидизирующим инсультом (0-2 по шкале Рэнкина), при отсутствии противопоказаний к ранней ревазуляризации целесообразно выполнить ее в период с третьего по седьмой день после события, не откладывая на более отдаленный срок.

Пациенты с поражением магистральных артерий направляются на консультативный прием к сердечно – сосудистому хирургу консультативной поликлиники ГБУЗ Республики Мордовия «МРЦКБ».

Пациенты с пороками сердца и нарушением ритма сердца с целью имплантации кардиостимуляторов) направляются на консультативный прием к кардиохирургу.

**-при наличии показаний к проведению лечения генно – инженерными биологическими препаратами (далее – ГИБП) – главному ревматологу, или гастроэнтерологу консультативной поликлиники;**

### Показания к проведению лечения ГИБП:

1. Ревматоидный артрит, системная красная волчанка, системная склеродермия, анкилозирующий спондилит, псориатический артрит с высокой активностью воспалительного процесса, не отвечающие на проводимую стандартную базисную терапию.
2. Наличие противопоказаний к назначению стандартных базисных препаратов или непереносимость базисных препаратов.

**-при наличии показаний к эндопротезированию суставов – главному травматологу.**



Отбор пациентов по профилю «травматологии и ортопедия» на оказание ВМП проводится ежедневно на консультативном приеме врача травматолога консультативной поликлиники ГБУЗ Республики Мордовия «МРЦКБ».

**Показаниями к эндопротезированию тазобедренного сустава:**

1. Двусторонний деформирующий артроз II-III степени;
2. Односторонний деформирующий артроз III степени;
3. Деформирующий коксартроз III степени и анкилоз одного из крупных суставов на этой же конечности;
4. Односторонний коксартроз II-III степени одного тазобедренного сустава и анкилоз контралатерального;
5. Двусторонний фиброзный или костный анкилоз тазобедренных суставов (болезнь Бехтерева);
6. Асептический некроз головки бедренной кости III-IV степени;
7. Посттравматический коксартроз III степени на почве тяжелых повреждений вертлужной впадины;
8. Перелом и ложный сустав шейки бедренной кости у больных старше 70 лет;
9. Опухолевые процессы в головке и шейке бедренной кости, требующие резекции патологического очага.

**Показаниями к эндопротезированию коленного сустава:**

1. Травмы коленных суставов или окружающих тканей по различным причинам, приведшие к его деформации и нарушению функции;
2. Артрозы, артриты различной этиологии, протекающие с осложнением воспалительного процесса;
3. Постоянные переохлаждения или пребывание в условиях повышенной влажности;
4. Инфекционные заболевания, вызвавшие патологические изменения в коленях;
5. Занятия спортом с повышенными нагрузками на коленные суставы и неправильное распределение нагрузки на них;
6. Тяжелые условия труда без возможности отдыха для ног;

7. Наполнение суставной сумки жидкостью, к которой присоединяются инфекционные возбудители, вызывающие процессы гниения;
8. Разрушение хрящевой и костной ткани, как следствие эндокринных или системных заболеваний;
9. Болезни, сопровождающиеся онкологическими процессами, в области коленей;
10. Аномалии развития коленных суставов;
11. Не специфические состояния коленных суставов.

**-при наличии показаний к проведению ВМП по профилю «оториноларингология» к главному оториноларингологу:**

**Показания к проведению ВМП по профилю «оториноларингология»:**

Модель пациента:

Стеноз гортани. Доброкачественное новообразование гортани. Доброкачественное новообразование трахеи. Паралич голосовых складок и гортани. Другие болезни голосовых складок. Дисфония. Афония.

Модель пациента: Доброкачественное новообразование полости носа и придаточных пазух носа, клиновидной кости.

Модель пациента: Хронический туботимпальный гнойный средний отит. Хронический эпитимпано-антральный гнойный средний отит. Адгезивная болезнь среднего уха.