

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

12.01.2021

№ 12

О маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом на территории Рязанской области

В целях совершенствования организации медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда) и с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Рязанской области, повышения доступности и качества медицинской помощи населению, в связи с организационно-штатными изменениями,
П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить оказание медицинской помощи пациентам с инсультом и инфарктом миокарда на госпитальном этапе следующими медицинскими организациями, подведомственными министерству здравоохранения Рязанской области (далее - медицинские организации):

а) первичными сосудистыми отделениями на базе: ГБУ РО «Городская клиническая больница №11», г. Рязань, ул. Новоселов, д. 26/17, телефон: 8(4912) 41-40-22; ГБУ РО «Сасовский межрайонный медицинский центр», г. Сасово, ул. Типанова, д. 32, телефон: 8(49133) 5-14-12; ГБУ РО «Скопинский межрайонный медицинский центр», г. Скопин, АЗМР, д. 5, телефон: 8(49156) 5-13-63; ГБУ РО «Касимовский межрайонный медицинский центр», г. Касимов, ул. Загородная, д. 13, телефон: 8(49131) 5-06-12; ГБУ РО «Шиловский межрайонный медицинский центр», р.п. Шилово, ул. Приокская, д. 27, телефон: 8(49136) 2-17-34; ГБУ РО «Ряжский межрайонный медицинский центр», г. Ряжск, ул. Высоковольтная, д. 20, телефон: 8(49132) 2-14-21; ГБУ РО ГКБСМП, г. Рязань, ул. Стройкова, д. 85, телефон: 8(4912) 600-003 (для пациентов с острым коронарным синдромом (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда))

б) региональными сосудистыми центрами на базе: ГБУ РО «Областная клиническая больница», г. Рязань, ул. Интернациональная, д. 3а, телефон: 8(4912) 21-41-52 (для пациентов с острым коронарным синдромом (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда) и с острым нарушением мозгового кровообращения); ГБУ РО «Областной клинический кардиологический диспансер», г. Рязань, ул. Стройкова, д. 96, телефон: 8(4912) 76-89-03 (для пациентов с острым коронарным синдромом (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда)).

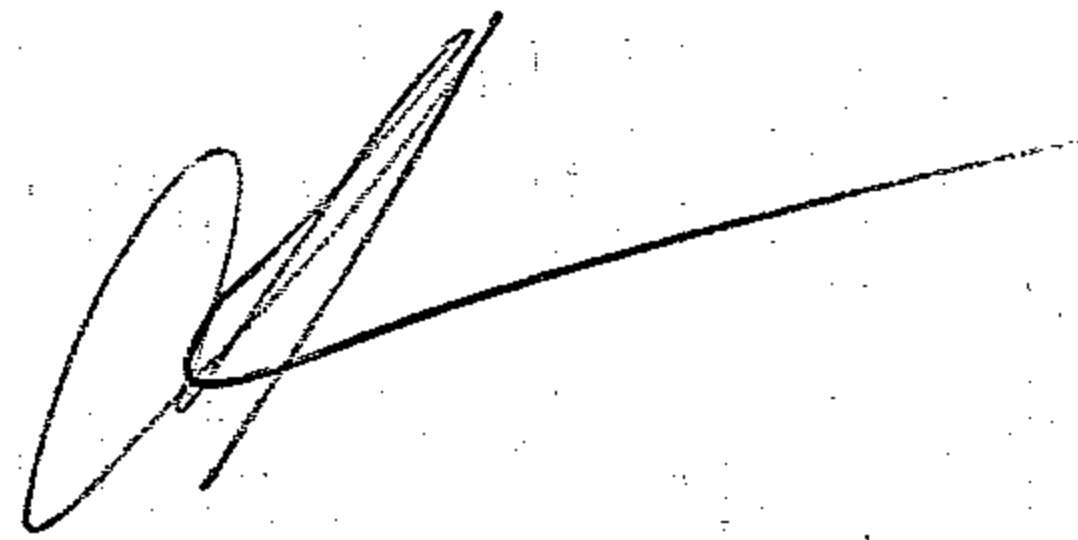
2. Утвердить маршрутизацию пациентов при оказании медицинской помощи с острым нарушением мозгового кровообращения согласно приложению № 1 к настоящему приказу, с острым коронарным синдромом (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда) согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

3. Главным врачам медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Рязанской области организовать оказание медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом в соответствии с утвержденной маршрутизацией.

4. Считать утратившим силу приказ министерства здравоохранения Рязанской области от 22 ноября 2016 года № 2055 «О маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом на территории Рязанской области».

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Рязанской области В. В. Хоминца.

Министр



А.А. Прилуцкий

Приложение №1
к приказу Минздрава
Рязанской области

от 12.01.2021 № 12

Маршрутизация пациентов при оказании медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения

1. Оказание экстренной медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения (далее - ОНМК) на догоспитальном этапе.

1.1. Оказание медицинской помощи больным на догоспитальном этапе осуществляется бригадами скорой медицинской помощи (врачебной или фельдшерской) и включает коррекцию жизненно важных функций, проведение, при необходимости, реанимационных мероприятий и обеспечение максимально быстрой транспортировки в первичные и региональный сосудистые центры.

1.2. Организация оказания скорой медицинской помощи осуществляется в соответствии с приказом министерства здравоохранения Рязанской области от 14.06.2012 № 961 «Об утверждении регламента оказания скорой медицинской помощи на территории Рязанской области».

1.3. Медицинская помощь и ведение больных осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.07.2016 № 466н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром нарушении мозгового кровообращения».

При постановке диагноза ОНМК врач или фельдшер бригады скорой помощи сообщает самостоятельно или через диспетчера подстанции скорой медицинской помощи о пациенте в приемное отделение принимающей медицинской организации и определяет примерное время транспортировки больного.

2. Госпитализация пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

2.1. При подтверждении диагноза ОНМК все больные госпитализируются в отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) с палатой реанимации и интенсивной терапии (далее - отделение) первичных сосудистых центров или регионального сосудистого центра:

Оказание медицинской помощи больным с ОНМК осуществляется по территориальному принципу:

Медицинская организация	Муниципальное образование
Медицинская организация 3 уровня РСЦ (региональный сосудистый центр)	
ГБУ РО «Областная клиническая больница» РСЦ (специализированная, в т.ч. высокотехнологичная, медицинская помощь)	<p>Московский район Советский район Рыбновский район Железнодорожный район Захаровский район Михайловский район</p>
Медицинская организация 2 уровня ПСО (первичные сосудистые отделения)	
ГБУ РО «Городская клиническая больница № 11» г. Рязани (ПСО)	<p>Октябрьский район Клепиковский район Рязанский район Спасский район</p>
ГБУ РО «Сасовский межрайонный медицинский центр» (ПСО)	<p>Ермишинский район Кадомский район Пителинский район Сасовский район Чучковский район Шацкий район</p>
ГБУ РО «Касимовский межрайонный медицинский центр» (ПСО)	<p>Касимовский район</p>
ГБУ РО «Шиловский межрайонный медицинский центр» (ПСО)	<p>Шиловский район Сапожковский район Путятинский район</p>

ГБУ РО «Скопинский межрайонный медицинский центр» (ПСО)	Кораблинский район Милославский район Александрово-Невский район Пронский район Скопинский район Старожиловский район
ГБУ РО «Ряжский межрайонный медицинский центр» (ПСО)	Ряжский район Сараевский район Ухоловский район

2.2. Госпитализации в региональный сосудистый центр на базе ГБУ РО «Областная клиническая больница» подлежат:

2.2.1. Больные с инсультом, проживающие в г. Рязани (в Советском, Московском и Железнодорожном районах), а также на территории Захаровского, Михайловского, Рыбновского районов области.

2.3. Госпитализации в первичное сосудистое отделение на базе ГБУ РО «Городская клиническая больница №11» подлежат:

2.3.1. Больные с ОНМК, проживающие на территории Октябрьского района г. Рязани и территории Рязанского, Клепиковского, Спасского районов области.

2.4. Госпитализации в первичное сосудистое отделение на базе ГБУ РО «Сасовский межрайонный медицинский центр» подлежат:

2.4.1. Больные с ОНМК, проживающие на территории Ермишинского, Кадомского, Пителинского, Сасовского, Чучковского, Шацкого районов области.

2.5. Госпитализации в первичное сосудистое отделение на базе ГБУ РО «Скопинский межрайонный медицинский центр» подлежат:

2.5.1. Больные с ОНМК, проживающие на территории Кораблинского, Милославского, Александрово-Невского, Пронского, Скопинского, Старожиловского районов области.

2.6. Госпитализации в первичное сосудистое отделение на базе ГБУ РО «Касимовский межрайонный медицинский центр» подлежат:

2.6.1. Больные с ОНМК, проживающие на территории Касимовского района области.

2.7. Госпитализации в первичное сосудистое отделение на базе ГБУ РО «Ряжский межрайонный медицинский центр» подлежат:

2.7.1. Больные с ОНМК, проживающие на территории Ряжского, Ухоловского и Сараевского района области.

2.8. Госпитализации в первичное сосудистое отделение на базе ГБУ РО «Шиловская центральная районная больница» подлежат:

2.8.1. Больные с ОНМК, проживающие на территории Шиловского, Путятинского и Сапожковского районов области.

2.9. Консультации больных, находящихся в первичных сосудистых отделениях со специалистами регионального сосудистого центра осуществляются круглосуточно в режиме телекоммуникационной и телефонной связи.

3. Организация взаимодействия первичных сосудистых отделений и регионального сосудистого центра, расположенного на базе ГБУ РО «Областная клиническая больница»:

3.1. Взаимодействие между региональным сосудистым центром и первичными сосудистыми отделениями при оказании помощи больным с ОНМК при решении вопросов о переводе больных, вызове областных специалистов для консультаций, проведения нейрохирургических операций, уточнении тактики ведения сложных больных осуществляется на уровне заместителей главных врачей по лечебной работе и руководителей первичных сосудистых отделений.

**Маршрутизация пациентов при оказании медицинской помощи
пациентам с острым коронарным синдромом
(нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда)**

1. Медицинская помощь больным с ОКС (далее - медицинская помощь) оказывается в виде:
 - первичной медико-санитарной помощи;
 - скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
 - специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи;
2. Медицинская помощь больным с ОКС оказывается в следующих условиях:
 - амбулаторно;
 - вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при проведении медицинской эвакуации);
 - стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).
3. Медицинская помощь пациентам с ОКС оказывается в экстренной и неотложной формах.
4. Медицинская помощь и ведение больных осуществляется на основе клинических рекомендаций, протоколов и стандартов медицинской помощи.
5. **Оказание экстренной медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда) на догоспитальном этапе.**
 - 5.1. Первичная медико-санитарная помощь пациентам с острым коронарным синдромом оказывается в соответствии с **Алгоритмом №1**
 - 5.2. Первичная медико-санитарная, включая специализированную, помощь при ОКС оказывается по месту обращения, либо обнаружения пациента с подозрением на ОКС в соответствии с федеральным законом 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в действующей редакции.

5.3. Медицинские работники, оказывающие первичную медико-санитарную помощь пациенту с подозрением на ОКС вне медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь пациентам с ОКС, незамедлительно вызывают бригаду скорой медицинской помощи для транспортировки пациента в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь пациентам с ОКС.

5.4. До прибытия бригады скорой медицинской помощи медицинские работники, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, проводят наблюдение за пациентом и при необходимости осуществляют мероприятия по обеспечению и стабилизации жизненно-важных функций пациента.

5.5. При непосредственном обращении пациента с подозрением на ОКС в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь пациентам с ОКС, медицинские работники, оказывающие первичную медико-санитарную помощь пациенту с подозрением на ОКС, обеспечивают незамедлительную транспортировку пациента в отделение неотложной кардиологии с палатой реанимации и интенсивной терапии (ПРИТ).

5.6. Скорая и неотложная медицинская помощь пациентам с острым коронарным синдромом оказывается в соответствии с Алгоритмом №1

5.7. Скорая, в том числе специализированная, медицинская помощь пациентам с ОКС вне медицинских организаций оказывается в экстренной и неотложной форме выездными бригадами скорой медицинской помощи в соответствии с приказом Минздрава России № 388н от 20.06.2013г. "Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи", и приказом министерства здравоохранения Рязанской области от 14.06.2012 N 961 "Об утверждении регламента оказания скорой медицинской помощи на территории Рязанской области".

5.8. Скорая, в том числе специализированная, медицинская помощь пациентам с ОКС оказывается выездными врачебными и фельдшерскими бригадами в соответствии с приказом Минздрава России № 388н от 20.06.2013г. "Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи".

5.9. Медицинские работники СМП, должны быть подготовлены к лечению пациентов с ОКС и регулярно проходить подготовку/повышение квалификации по оказанию неотложной помощи данной группе граждан.

5.10. Бригада скорой медицинской помощи осуществляет медицинскую

эвакуацию пациента с ОКС.

5.11. Пациента с ОКС необходимо быстро транспортировать в ПСО/РСЦ, ожидание и вызов "на себя" специализированной бригады неоправданно и задерживает время оказания высокоспециализированной кардиологической помощи.

5.12. В случае летального исхода пациента с ОКС в машине СМП при транспортировке в ПСО/РСЦ необходимо известить центр, куда направлялся пациент. ПСО/РСЦ должно передать в течение 24 часов информацию о смерти пациента в машине СМП в ГБУ РО ОККД.

5.13. Для оказания медицинской помощи пациенту с подозрением на ОКС направляется бригада скорой медицинской помощи, оснащенная в соответствии со стандартом оснащения автомобиля скорой медицинской помощи класса "В", на основании приказа Минздрава России № 388н от 20.06.2013г. "Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи", и с наличием препаратов для проведения тромболитической терапии.

5.14. Время от приема вызова до прибытия бригады скорой медицинской помощи к пациенту с подозрением на ОКС не должно превышать 20 минут.

5.15. Рекомендуется укомплектовывать бригаду скорой медицинской помощи, выезжающую к пациенту с ОКС, как минимум 2-мя медицинскими работниками, помимо водителя.

5.16. Оказание медицинской помощи больным на догоспитальном этапе осуществляется бригадами скорой медицинской помощи (врачебной или фельдшерской) и включает коррекцию жизненно важных функций, проведение, при необходимости, догоспитального тромболитического, реанимационных мероприятий и обеспечение максимально быстрой транспортировки в первичный сосудистый центр, региональные сосудистые центры в соответствии с настоящей маршрутизацией.

5.17. Персонал выездной бригады скорой медицинской помощи выполняет регистрацию электрокардиограммы в течение 10 минут в 12 стандартных отведениях каждому пациенту с подозрением на ОКС, проводит её расшифровку и передает электрокардиограмму для дистанционной расшифровки в первичное сосудистое отделение или региональный сосудистый центр согласно предполагаемой маршрутизации. В случаях, представляющих затруднения, ЭКГ передается в приемный покой ГБУ РО ОККД (телефон +7 4912 76-97-10).

5.18. После установления диагноза ОКС с подъемом сегмента ST персонал

выездной бригады скорой медицинской помощи в течение 10 минут решает вопрос о возможности госпитализации пациента в центр, имеющий возможность проведения ЧКВ (ГБУ РО ОККД или ГБУ РО ОКБ в соответствии с маршрутизацией пациентов). В случае невозможности начала ЧКВ в течение 120 минут выездная бригада скорой медицинской помощи заполняет «Карту тромболизиса» (Алгоритм №1), информированное согласие на проведение тромболитической терапии и при отсутствии противопоказаний проводит догоспитальный тромболизис в соответствии с инструкцией к препарату.

5.19. Выездная бригада скорой медицинской помощи осуществляет лечение пациента с ОКС на догоспитальном этапе в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, протоколами и стандартами оказания скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST электрокардиограммы (приказ Минздрава России №456н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST» от 5.07.2016) и при остром трансмуральном инфаркте миокарда (приказ Минздрава России №457н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром трансмуральном инфаркте миокарда» от 22.07.2016 г) и выполняет его транспортировку в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь больным с ОКС в соответствии с настоящей маршрутизацией.

5.20. Бригада скорой медицинской помощи или диспетчер СМП оповещает медицинскую организацию, в которую осуществляется транспортировка пациента с ОКС и сообщает расчетное время прибытия.

5.21. Бригада скорой медицинской помощи осуществляет мониторинг электрокардиограммы у пациента с ОКС в процессе лечения и транспортировки.

5.22. В сопроводительной документации бригада скорой медицинской помощи отмечает время приема вызова, время прибытия бригады к пациенту, время передачи пациента в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь пациентам с ОКС, а в случае проведения тромболитической терапии – время её начала.

6. Госпитализация пациентов с острым коронарным синдромом (далее - ОКС).

6.1. На госпитальном этапе помощь пациентам с острым коронарным синдромом оказывается в соответствии с клиническими рекомендациями

6.2. Оказание медицинской помощи больным с ОКС по территориальному принципу:

6.3. Госпитализация больных в региональные сосудистые центры осуществляется в следующем порядке:

Медицинская организация	Муниципальное образование
Медицинская организация 3 уровня РСЦ (региональный сосудистый центр)	
ГБУ РО «Областная клиническая больница» (РСЦ)	Московский район (г. Рязань) Рыбновский район Михайловский район
ГБУ РО «Областной клинический кардиологический диспансер» (РСЦ)	Железнодорожный район (г. Рязань) Советский район (г. Рязань) Захаровский район (часть Рязанского района)
	При наличии экстренных показаний к рентгенэндоваскулярным вмешательствам (ОКС с подъемом сегмента ST): Октябрьский район (г. Рязани) Клепиковский район Рязанский район Спасский район Пронский район Старожиловский район
Медицинская организация 2 уровня	
ГБУ РО ГКБСМП г. Рязани (ПСО)	Октябрьский район (г. Рязань)
	Клепиковский район
	Рязанский район
	Спасский район
ГБУ РО «Сасовский межрайонный медицинский центр» (ПСО)	Ермишинский район
	Кадомский район
	Пителинский район
	Сасовский район
	Чучковский район
Щацкий район	

ГБУ РО «Касимовский межрайонный медицинский центр» (ПСО)	Касимовский район
ГБУ РО «Шиловский межрайонный медицинский центр» (ПСО)	Шиловский район Сапожковский район Путятинский район
ГБУ РО «Скопинский межрайонный медицинский центр» (ПСО)	Кораблинский район Милославский район Пронский район Скопинский район Старожиловский район Сараевский район (при невозможности госпитализации в ГБУ РО Рязский ММЦ) Ухоловский район (при невозможности госпитализации в ГБУ РО Рязский ММЦ) Александров-Невский район (при невозможности госпитализации в ГБУ РО Рязский ММЦ)
ГБУ РО «Рязский межрайонный медицинский центр» (ПСО)	Рязский район Сараевский район Ухоловский район Александров-Невский район

6.3.1. Больные с ОКС (инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией), проживающие в Московском районе г. Рязани, а также на территории Михайловского и Рыбновского района области, госпитализируются в региональный сосудистый центр на базе ГБУ РО "Областная клиническая больница".

6.3.2. Больные с ОКС, проживающие в Железнодорожном, Советском районе г. Рязани, а также на территории Захаровского (часть Рязанского района) района области, госпитализируются в региональный сосудистый центр на базе ГБУ РО "Областной клинический кардиологический диспансер". Больные с ОКС с подъемом ST, проживающие в Октябрьском районе г. Рязани, на территории Рязанского, Клепиковского, Пронского, Спасского и Старожиловского районов области также подлежат госпитализации в ГБУ РО ОККД.

6.3.3. Госпитализации в первичное сосудистое отделение на базе ГБУ РО ГК БСМП подлежат больные с ОКС без подъема ST, проживающие в Октябрьском районе г. Рязани, а также на территории Рязанского, Клепиковского, Спасского района области.

6.3.4. Госпитализации в первичное сосудистое отделение на базе ГБУ РО "Сасовский межрайонный медицинский центр" подлежат больные с острым инфарктом миокарда и ОКС, проживающие на территории Ермишинского, Кадомского, Пителинского, Сасовского, Чучковского, Шацкого районов области.

6.3.5. Госпитализации в первичное сосудистое отделение на базе ГБУ РО "Скопинский межрайонный медицинский центр" подлежат больные с ОКС, проживающие на территории Кораблинского, Милославского, Скопинского районов области. ОКС без подъема ST - Пронский район, Старожиловский район. При невозможности госпитализации в ГБУ РО Ряжский ММЦ пациенты, проживающие на территории Сараевского, Ухоловского и Александровского районов области госпитализируются в ГБУ РО Скопинский ММЦ.

6.3.6. Госпитализации в первичное сосудистое отделение на базе ГБУ РО "Касимовский межрайонный медицинский центр" подлежат больные с ОКС, проживающие на территории Касимовского района области.

6.3.7. Госпитализации в первичное сосудистое отделение на базе ГБУ РО "Ряжский межрайонный медицинский центр" подлежат больные с ОКС, проживающие на территории Ряжского, Сараевского, Ухоловского и Александровского районов области.

6.3.8. Госпитализации в первичное сосудистое отделение на базе ГБУ РО "Шиловский межрайонный медицинский центр" подлежат больные с острым инфарктом миокарда и ОКС, проживающие на территории Шиловского, Путятинского, Сапожковского районов области.

6.3.9. Консультации больных, находящихся в первичных сосудистых отделениях, со специалистами регионального сосудистого центра на базе ГБУ РО "Областной клинический кардиологический диспансер" осуществляются круглосуточно в режиме телекоммуникационной и телефонной связи (телефон приемного покоя +7 4912 76-97-10).

7. Оказание экстренной медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда) на госпитальном этапе.

7.1. В ПСО бригада скорой медицинской помощи доставляет больных с признаками ОКС с подъемом сегмента ST на ЭКГ в отделение кардиологии с палатой реанимации и интенсивной терапии медицинской организации, оказывающей помощь больным с ОКС, минуя приемное отделение.

7.2. В РСЦ бригада скорой медицинской помощи доставляет больных с признаками ОКС с подъемом сегмента ST на ЭКГ в рентгеноперационную для проведения ЧКВ при наличии показаний, минуя приемное отделение.

7.3. Время от момента поступления больного с признаками ОКС в отделение

кардиологии с палатой реанимации и интенсивной терапии до осмотра дежурным врачом-кардиологом составляет не более 5 минут.

7.4. Время от момента поступления больного с признаками ОКС в отделение кардиологии с палатой реанимации и интенсивной терапии до регистрации электрокардиограммы не должно превышать 10 минут.

7.5. Пациенту с ОКС, находящемуся в палате реанимации и интенсивной терапии, проводится непрерывное мониторирование электрокардиограммы.

7.6. Сопутствующая медикаментозная терапия, лабораторно-инструментальная диагностика проводятся в соответствии с действующими клиническими рекомендациями по ведению пациентов с ОКС и на основании действующих стандартов оказания специализированной медицинской помощи при ОКС.

7.7. Больные с ОКС с подъемом ST, которым показано ЧКВ, из первичных сосудистых отделений на базе ГБУ РО "Сасовский ММЦ", ГБУ РО "Скопинский ММЦ", ГБУ РО "Касимовский ММЦ", ГБУ РО "Ряжский ММЦ", ГБУ РО "Шиловский ММЦ" переводятся в региональный сосудистый центр на базе ГБУ РО "Областной клинический кардиологический диспансер" незамедлительно.

8. Пациенты с ОКС без подъема сегмента ST, поступившие в ПСО и имеющие высокий и промежуточный риск, подлежат переводу в региональный сосудистый центр на базе ГБУ РО "Областной клинический кардиологический диспансер" для проведения чрескожного коронарного вмешательства.

9. В случае проведения пациенту рентгенохирургических диагностики и лечения больному выдается электронный носитель, содержащий запись выполненных рентгенохирургических исследований и процедур в цифровом формате.

10. Организация взаимодействия первичных сосудистых отделений и региональных сосудистых центров, расположенных на базе ГБУ РО "Областная клиническая больница", на базе ГБУ РО "Областной клинический кардиологический диспансер".

10.1. Взаимодействие между региональными сосудистыми центрами и первичными сосудистыми отделениями при оказании помощи больным с ОКС (острым инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией).

10.2. Решение вопросов о переводе больных, вызове областных специалистов для консультаций, уточнении тактики ведения сложных больных осуществляется на уровне заместителей главных врачей по лечебной работе, руководителей первичных сосудистых центров, заведующих кардиологическими отделениями.

10.3. Заместитель главного врача по лечебной работе ГБУ РО ОККД ежедневно проводит видео-совещания с представителями ПСО с консультированием сложных пациентов (по предварительному запросу в режиме «врач-врач») и решением вопроса о ЧКВ у пациентов с ОКС, госпитализированных в эти медицинские

организации.

11. Диспансерное наблюдение за пациентом, перенесшим острый коронарный синдром, осуществляется врачом-кардиологом, врачом-терапевтом, врачом общей практики (семейным врачом) в медицинской организации, в которой пациент получает первичную медико-санитарную помощь, в соответствии с приказом от Минздрава России N 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения» от 21.12.2012 г.

12. Информация о случае ОКС и о необходимости последующего диспансерного наблюдения пациента, перенесшего ОКС, передается из медицинской организации, осуществлявшей специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, в медицинскую организацию, в которой пациент получает первичную медико-санитарную помощь, в течение 1 рабочего дня после выписки пациента. Пациенту медицинским персоналом РСЦ/ПСО вызывается актив в поликлинике по месту жительства.

Приложение № 3

к приказу Минздрава

Рязанской области

от 12.01.2021 № 12

АЛГОРИТМ #1 ДЕЙСТВИЙ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ (ОКС) ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Общие положения

1. Время от приема вызова до прибытия бригады скорой медицинской помощи к пациенту с подозрением на ОКС не должно превышать 20 минут.
2. **Острый коронарный синдром с подъемом ST (ОКСпST)** диагностируется у больных с ангинозным приступом или дискомфортом в грудной клетке и изменениями на ЭКГ в виде стойкого подъема сегмента ST либо «новой», т. е. впервые (или предположительно впервые) возникшей полной блокады левой ножки пучка Гиса (ЛНПГ) на ЭКГ. Стойкий подъем сегмента ST, сохраняющийся более 20 минут, связан с острой полной тромботической окклюзией коронарной артерии. В ряде случаев затяжной ишемический эпизод может сопровождаться гипергидрозом, бледностью кожных покровов, тахикардией, иногда акроцианозом, различными проявлениями сердечной недостаточности – от тахипноэ до отека легких в зависимости от продолжительности и обширности ишемии. При неосложненном инфаркте чаще всего выявляется синусовая тахикардия и повышение АД. Нижний инфаркт миокарда нередко сопровождается развитием брадикардии и рефлекторным снижением АД, причем если снижение АД провоцируется приемом нитроглицерина, следует исключать инфаркт правого желудочка.
3. **Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST (ОКСбпST)** устанавливается у больных с наличием боли в грудной клетке и изменениями на ЭКГ, свидетельствующими об острой ишемии миокарда, но без стойкого подъема ST. Отсутствие отчетливых ЭКГ изменений не исключает ОКС. ОКСбпST включает больных с возникшей в течение месяца стенокардией не ниже 2 ФК, спонтанной стенокардией, прогрессированием стенокардии не ниже 3 ФК.
4. При ОКС характерна иррадиация боли в шею, нижнюю челюсть или левую руку. У некоторых пациентов могут быть атипичные симптомы, такие как одышка, тошнота/рвота, усталость, учащенное сердцебиение или обморок. Купирование ангинозной боли нитроглицерином может вводить в заблуждение и не рекомендуется в качестве диагностического маневра. В случае купирования симптомов после введения нитроглицерина рекомендуется повторная запись ЭКГ в 12-ти отведениях. Полная нормализация сегмента ST после введения нитроглицерина наряду с купированием симптомов, может свидетельствовать о коронарном спазме, как с ИМ, так и без него. Следует помнить, что у пациента на момент осмотра могут отсутствовать боли в грудной клетке, что не исключает ОКС.
5. Персонал выездной бригады скорой медицинской помощи выполняет регистрацию электрокардиограммы в течение 10 минут в 12 стандартных отведениях каждому пациенту с подозрением на ОКС, проводит её расшифровку и передает электрокардиограмму для дистанционной расшифровки в первичное сосудистое отделение или региональный сосудистый центр согласно

предполагаемой маршрутизации. В случаях, представляющих затруднения, ЭКГ передается в ГБУ РО ОККД.

6. Полностью нормальная ЭКГ у больных с симптомами, заставляющими подозревать ОКС, не исключает его наличия. Однако если во время сильной боли регистрируется нормальная ЭКГ, следует снять ЭКГ в дополнительных отведениях V7-V9 и V3R, V4R и при отсутствии отклонений проводить расширенный дифференциальный диагноз для исключения некоронарогенной природы болевого синдрома.

ОКС с подъемом сегмента ST

7. После установления диагноза ОКС с подъемом сегмента ST персонал выездной бригады скорой медицинской помощи в течение 10 минут решает вопрос о возможности госпитализации пациента в центр, имеющий возможность проведения ЧКВ (ГБУ РО ОККД или ГБУ РО ОКБ в соответствии с маршрутизацией пациентов). **В случае невозможности начала ЧКВ в течение 120 минут** (а у лиц с ранним обращением, обширной зоной ишемического повреждения и высоким риском осложнений - 90 минут) **выездная бригада скорой медицинской помощи** заполняет "Карту тромболизиса" и при отсутствии противопоказаний **проводит догоспитальный тромболизис** в соответствии с инструкцией к препарату.

8. Любая бригада СМП (состоящая минимум из 2 фельдшеров), поставив диагноз ОКС, определив показания и противопоказания к лечению, должна купировать болевой приступ, начать антитромботическое лечение, включая введение тромболитиков, а при развитии осложнений - необходимую терапию.

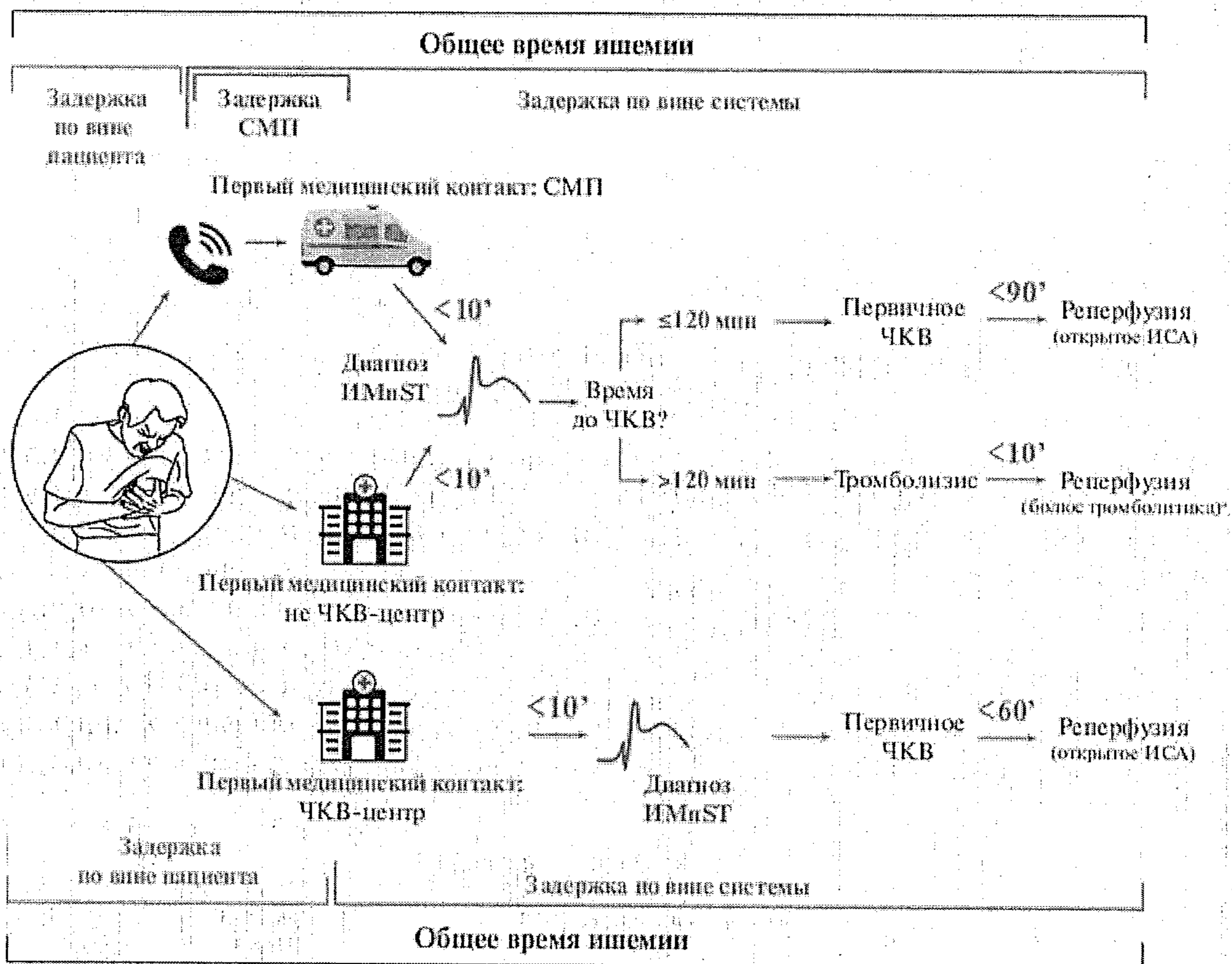


Рис. 2. Варианты транспортировки пациента, время ишемии и блок-схема выбора стратегии реперфузии.

Примечания: рекомендуемым вариантом транспортировки пациента является его своевременное обращение в СМП (звонки по телефону в службу экстренной помощи "112" или аналогичный номер в зависимости от региона). Когда диагноз ИМнST поставлен на догоспитальном этапе бригадой СМП или же в ЧКВ-центре, решение о выборе стратегии реперфузии основано на расчетном времени с момента постановки диагноза ИМнST до проведения ЧКВ (открытие ИСА). Системная временная задержка начинается с момента обращения пациента в СМП, несмотря на то что ПМК состоится только тогда, когда приедет бригада СМП (табл. 4). * — обозначает минуты, * — пациенты с тромболизисом должны транспортироваться в ЧКВ-центр сразу после начала терапии. Сокращения: СМП — скорая медицинская помощь, ИМнST — инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, ЧКВ — чрескожное коронарное вмешательство, ИСА — инфаркт-связанная артерия.

Рекомендации по первичной диагностике

Целевые временные интервалы

Целевое время	Максимальное время
Максимальное время от ПМК до регистрации ЭКГ и постановки диагноза ^a	≤10 мин
Максимальное время с момента постановки диагноза ИМнST до первичного ЧКВ (открытие ИСА), если данный временной промежуток не соблюдается, следует рассматривать проведение тромболитика	≤120 мин
Максимальное время с момента постановки диагноза ИМнST до открытия ИСА у пациентов, доставленных в ЧКВ-центр	≤60 мин
Максимальное время с момента постановки диагноза ИМнST до открытия ИСА у пациентов, переведенных в ЧКВ-центр	≤90 мин
Максимальное время с момента постановки диагноза ИМнST до начала инфузии тромболитика у пациентов, не подходящих по времени к выполнению первичного ЧКВ	≤10 мин
Временной интервал от начала тромболитика до оценки его эффективности (успешный или неуспешный)	60-90 мин
Временной интервал от начала тромболитика до выполнения КАГ (при успешном фибринолизисе)	2-24 ч

Примечание: ^a — интерпретация ЭКГ должна быть выполнена незамедлительно.

Сокращения: ПМК — первый медицинский контакт, ЭКГ — электрокардиограмма, ЧКВ — чрескожное коронарное вмешательство, ИМнST — инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, ИСА — инфаркт-связанная артерия, КАГ — коронароангиография.

Рекомендация	Класс ^a	Уровень ^b
Взятие и интерпретация ЭКГ		
Запись и интерпретация ЭКГ в 12-ти отведениях показана как можно скорее во время ПМК с максимальной задержкой не более 10 мин [36, 38].	I	B
Пациентам с подозрением на ИМнST как можно скорее показано проведение ЭКГ-мониторинга с возможностью выполнить при необходимости дефибрилляцию [44, 45].	I	B
У пациентов с подозрением на задний ИМ (окклюзия отходящей артерии) должна быть рассмотрена регистрация дополнительных отведений задней стенки (V-V ₆) [8, 46-49].	IIa	B
У пациентов с нижним ИМ должна быть рассмотрена регистрация правых прекардиальных отведений (V ₄ R-V ₆ R) для выявления сопутствующего инфаркта ПЖ [8, 43].	IIa	B
Лабораторные исследования		
Рутинное взятие проб крови для определения сывороточных маркеров показано в острую фазу быстро, как только возможно, но оно не должно задерживать реперфузионное лечение [8].	I	C

Примечание: ^a — класс рекомендаций, ^b — уровень доказательности.

Сокращения: ЭКГ — электрокардиограмма, ПМК — первый медицинский контакт, ИМнST — инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, ИМ — инфаркт миокарда.

Антитромботическая терапия

Для достижения быстрого эффекта рекомендуется **однократная нагрузочная доза АСК 250 мг**. Для тех, кто не может проглотить таблетку, возможно внутривенное введение 150 мг АСК (эта доза эквивалентна 300 мг, данным per os).

Рекомендуется сочетание АСК с ингибитором P2Y₁₂-рецепторов тромбоцитов (двойная антитромбоцитарная терапия — ДАТТ), если не планируется срочная операция коронарного шунтирования (КШ) и нет противопоказаний (чрезмерный риск серьезных кровотечений).

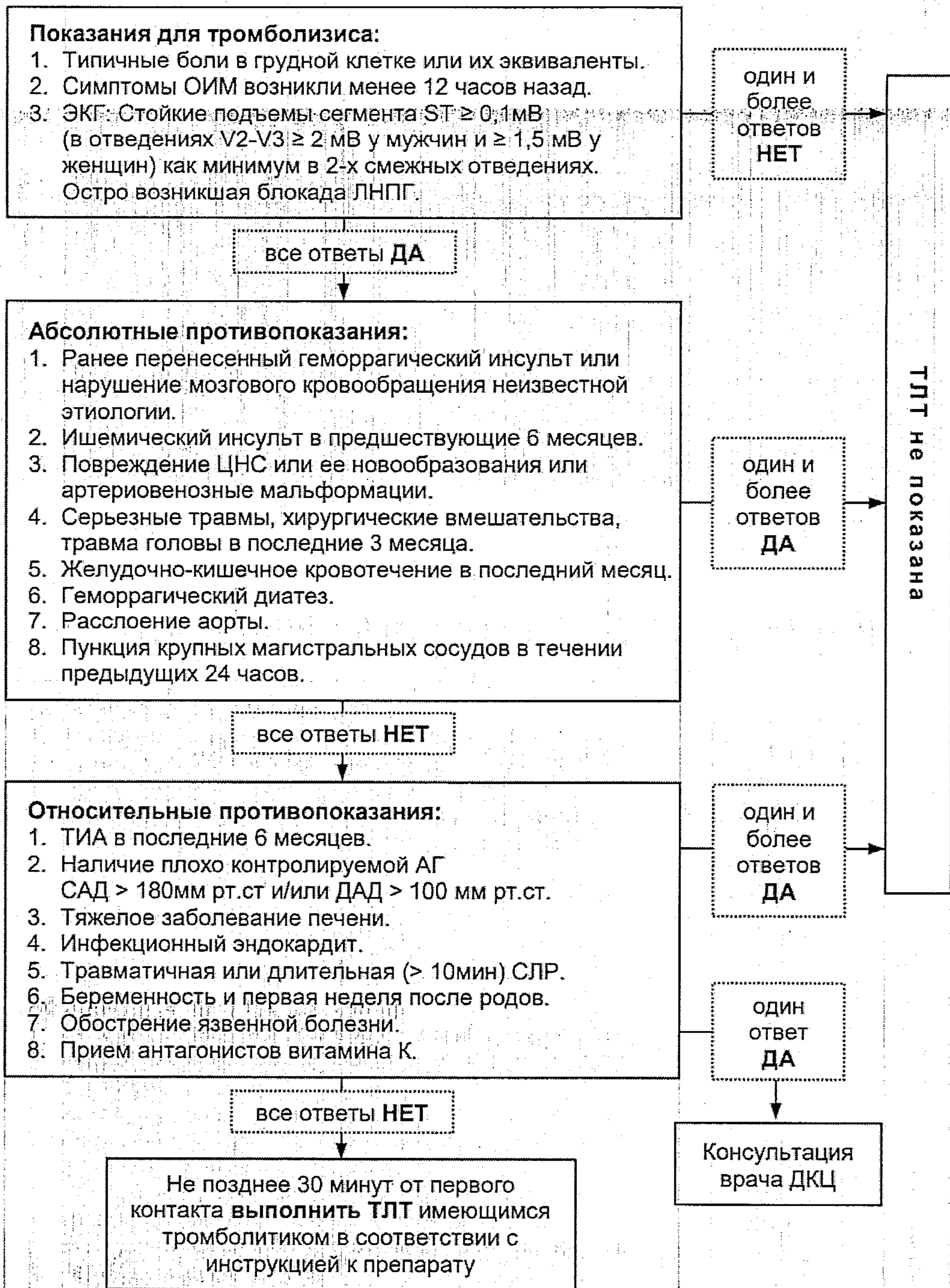
Рекомендуется **тикагрелор** (нагрузочная доза 180 мг, поддерживающая — 90 мг 2 раза в сутки) при отсутствии противопоказаний (внутричерепное кровоизлияние в анамнезе, продолжающееся кровотечение) в добавление к АСК в случаях, когда планируется выполнить **первичное ЧКВ**.

Перейти на прием тикагрелора (дать нагрузочную дозу - 180 мг) можно и у больных, получавших клопидогрель. Прием тикагрелора не исключает возможность применения блокаторов ГП IIb/IIIa при выполнении ЧКВ. Рекомендуется клопидогрель (нагрузочная доза 300-600 мг, поддерживающая — 75 мг 1 раз в сутки) в добавление к АСК у больных, которые не могут получить тикагрелор или нуждаются в приеме пероральных антикоагулянтов. Обычная величина нагрузочной дозы составляет 300 мг; при планирующемся **первичном ЧКВ** ее следует увеличить до 600 мг. Оправданность применения нагрузочной дозы у лиц старше 75 лет, которым не предполагается проведение первичного ЧКВ, не установлена (рекомендуемая величина первой дозы клопидогреля в этих случаях — 75 мг). Клопидогрель может использоваться вместо АСК, когда ее применение невозможно из-за аллергии или выраженных желудочно-кишечных расстройств в ответ на прием препарата.

Лечебные мероприятия

- Ацетилсалициловая кислота внутрь 150-300 мг или в/в 75-250 мг, если прием внутрь невозможен.
- Клопидогрель внутрь в нагрузочной дозе 300 мг (до 75 лет), 75 мг (старше 75 лет) или тикагрелор 180 мг (независимо от возраста).
- При некупирующемся болевом синдроме морфин до 10 мг внутривенно дробно (в зависимости от выраженности боли и состояния пациента).
- **Начало тромболитической терапии при наличии показаний в течение 10 минут после расшифровки ЭКГ**
- Нитраты при болях сублингвально: нитроглицерин 0,5-1 мг в таблетках или аэрозоль подъязычный дозированный 0,4-0,8 мг.
- При рецидивирующей стенокардии и сердечной недостаточности: нитроглицерин — 10 мл 0,1% раствора в 100 мл физиологического раствора внутривенно под контролем ЧСС и АД (не вводить при снижении САД < 90 мм рт. ст.).
- Гепарин 60 ЕД/кг (но не более 4000 ЕД) в/в струйно и далее 12 ЕД/кг в час (не более 1000 ЕД/час) в/в капельно, или эноксапарин однократно в дозе 1 мг/кг подкожно.
- Бета-блокаторы при отсутствии противопоказаний (брадикардии, гипотонии, сердечной недостаточности и др.).
- Ингаляции кислорода (2-4 л/мин) при SPO₂ < 90% и других признаков сердечной недостаточности.
- Мониторинг витальных функций. Готовность к проведению сердечно-легочной реанимации.

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ТРОМБОЛИЗИСЕ



**Контрольный лист принятия решения бригадой СМП
о проведении тромболитической терапии (ТЛТ)
больному с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST.**

Дата _____
 Ф.И.О. пациента _____
 Возраст _____ Пол муж/жен Вес _____ кг
 Время появления симптомов _____
 Время прибытия бригады СМП _____
АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ИМ в анамнезе да нет (год _____); СД да , нет ; АГ да , нет ; ОНМК да , нет (год _____);
 Стенокардия напряжения да , нет , ФК _____; ХСН _____;
 Предшествующая терапия в последние 4 недели (если известно): _____

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ТЛТ:

Время от появления симптомов не более 6 часов ЭКГ -критерии для ТЛТ:

-ST > 1 мм. в I, II, III, AVL, AVF мин в 2-х отведениях

-ST > 2 мм. в VI V2V3V4 мин в 2-х отведениях

- ST > 1 мм. в V4V5V6 мин в 2-х отведениях

- Впервые возникшая Блокада ЛНП

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ	Да	Нет
Абсолютные противопоказания		
Геморрагический инсульт в анамнезе		
Ишемический инсульт, перенесённый в течение последних 6 месяцев		
Верифицированная опухоль мозга первичная и метастазы		
Верифицированные изменения структуры мозговых сосудов: артерио-венозная мальформация		
Существенные закрытые травмы головы в последние 3 месяца		
Подозрение на расслаивающую аневризму аорты, разница САД на руках >15 mm.Hg		
Наличие признаков кровотечения (за искл. менструации) в момент осмотра		
Геморрагический диатез (тромбоцитопения <100000 тыс)		
Относительные противопоказания		
Устойчивая, высокая, плохо контролируемая АГ в анамнезе		
Некорректируемая тяжелая артериальная гипертензия А Д180/110 мм рт.ст. или выше)		
Ишемический инсульт >6 месяцев		
Травматическая или длительная СЛР >10 мин. последние 3 недели		
Обширное оперативное вмешательство или травма в течение последних 6		

недель -		
Недавнее в течение предыдущих 4 недель внутреннее кровотечение		
Пункция сосуда не поддающегося компрессии (v.subclavia) в течение последних 3 суток		
Беременность		
Обострение язвенной болезни		
Приём антикоагулянтов непрямого действия (МНО>1.3)		
Для стрептокиназы-введение стрептокиназы более 5 суток назад		
Инфекционный эндокардит		
Перикардит		
Терминальная стадия хронического заболевания (опухоль, лейкозы, ХСН с кахексией)		

При наличии даже одного не отмеченного квадратика в столбце «Нет» тромболитическую терапию проводить не следует. В случаях, когда невозможно получить убедительный ответ «Да» или «Нет» либо есть основания полагать наличие состояния (заболевания) у больного относящегося к списку противопоказаний тромболитическую терапию проводить не следует.

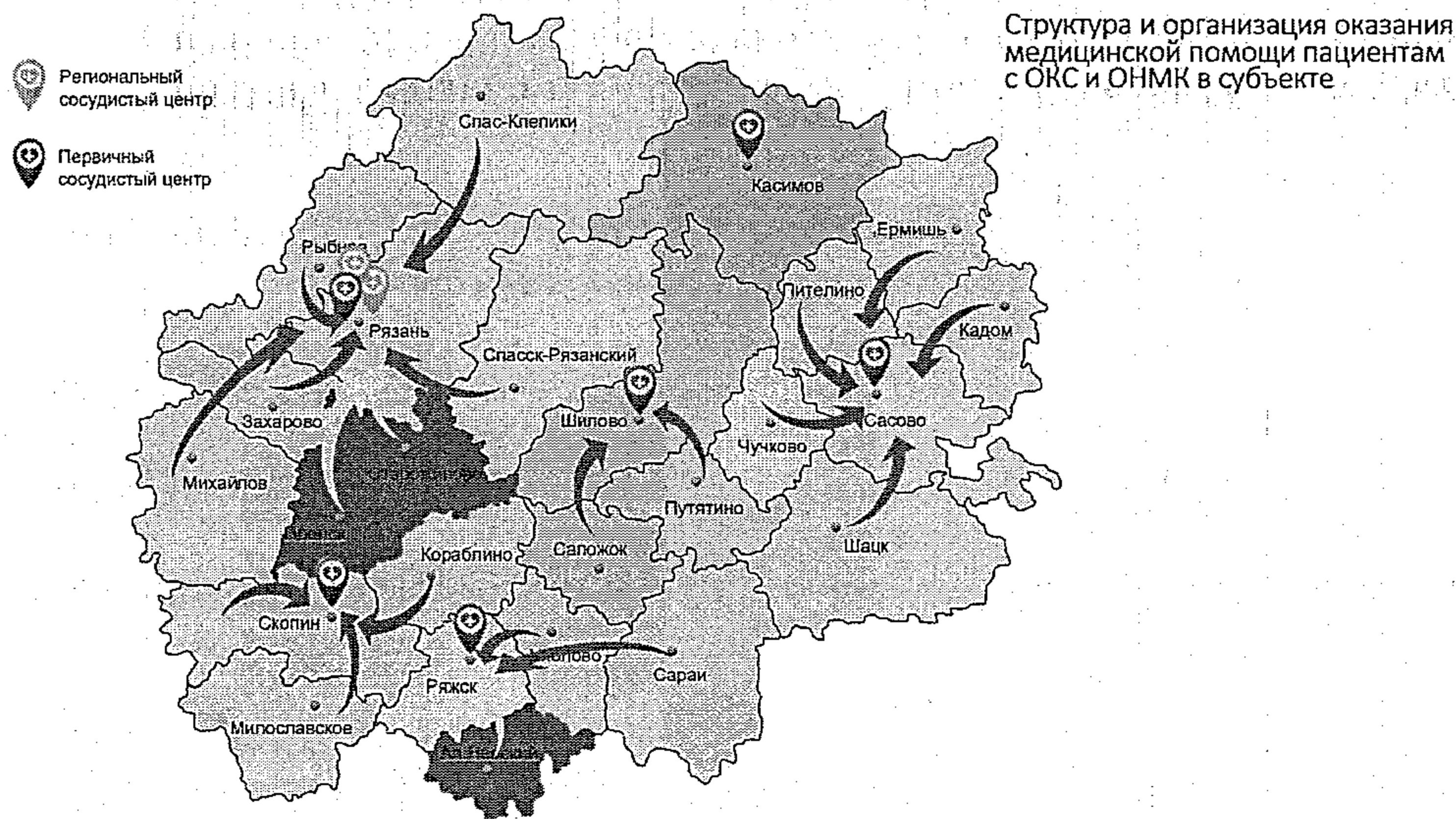
ВЫВОД: ТЛТ ПОКАЗАНА / ПРОТИВОПОКАЗАНА
(нужное обвести, ненужное зачеркнуть)

Лист заполнил: Врач / фельдшер (нужное обвести) _____ (ФИО)

Дата _____ Время _____ Подпись _____

Контрольный лист передается с больным в стационар и подшивается в историю болезни

9. Пациента с ОКС необходимо быстро транспортировать в ПСО/РСЦ, ожидание и вызов “на себя” специализированной бригады неоправдан и задерживает время оказания высокоспециализированной кардиологической помощи.
10. Бригада скорой медицинской помощи или диспетчер СМП оповещает медицинскую организацию, в которую осуществляется транспортировка пациента с ОКС и сообщает расчетное время прибытия.
11. Бригада скорой медицинской помощи осуществляет мониторинг электрокардиограммы у пациента с ОКС в процессе лечения и транспортировки.



12. В сопроводительной документации бригада скорой медицинской помощи отмечает время приема вызова, время прибытия бригады к пациенту, время передачи пациента в медицинскую организацию,

- оказывающую специализированную медицинскую помощь пациентам с ОКС, а в случае проведения тромболитической терапии – время её начала.
13. Пациент в медицинской организации передается, минуя приемный покой, либо в рентгеноперационную для проведения ЧКВ, либо в ПРИТ/АРО

ОКС без подъема сегмента ST

- Определение наличия/отсутствия подъема сегмента ST на ЭКГ
- Ацетилсалициловая кислота внутрь 150-300 мг или в/в 75-250 мг, если прием внутрь невозможен.
- Клопидогрель внутрь в нагрузочной дозе 300 мг (до 75 лет), 75 мг (старше 75 лет) или тикагрелор 180 мг (независимо от возраста).
- При некупирующемся болевом синдроме морфин до 10 мг внутривенно дробно (в зависимости от выраженности боли и состояния пациента).
- Нитраты при болях сублингвально: нитроглицерин 0,5-1 мг в таблетках или аэрозоль подъязычный дозированный 0,4-0,8 мг.
- При рецидивирующей стенокардии и сердечной недостаточности: нитроглицерин – 10 мл 0,1% раствора в 100 мл физиологического раствора внутривенно под контролем ЧСС и АД (не вводить при снижении САД < 90 мм рт. ст.).
- Гепарин 60 ЕД/кг (но не более 4000 ЕД) в/в струйно и далее 12 ЕД/кг в час (не более 1000 ЕД/час) в/в капельно, или эноксапарин однократно в дозе 1 мг/кг подкожно.
- Бета-блокаторы при отсутствии противопоказаний (брадикардии, гипотонии, сердечной недостаточности и др.).
- Ингаляции кислорода (2-4 л/мин) при $SPO_2 < 90\%$ и других признаков сердечной недостаточности.
- Мониторинг витальных функций. Готовность к проведению сердечно-легочной реанимации.

Следует помнить, что пациенты высокого риска изначально должны рассматриваться как кандидаты на ЧКВ, согласно рекомендациям (см. рисунок ниже)

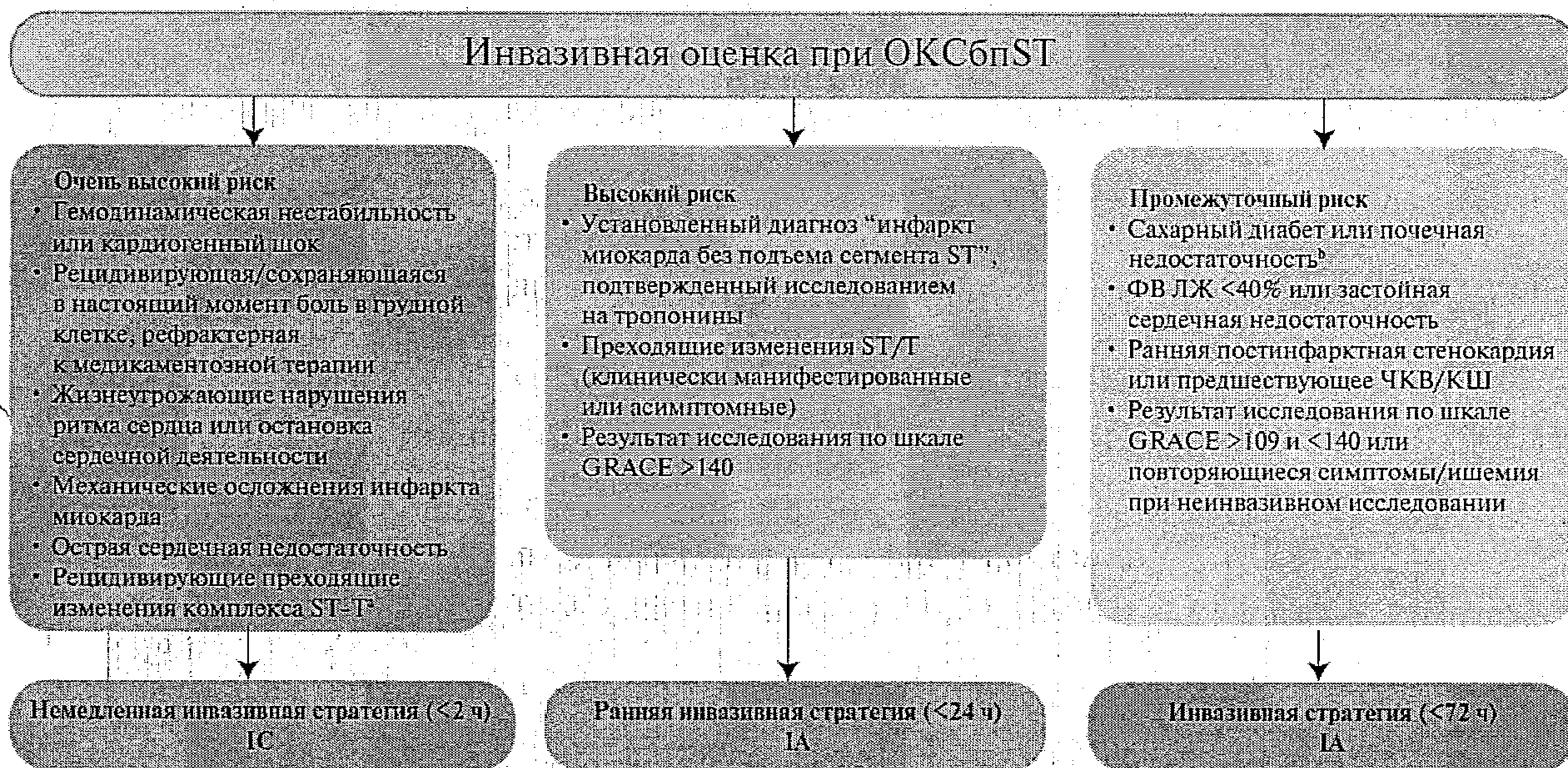


Рис. 4. Выбор стратегии лечения пациентов с ОКС бпST и определение сроков вмешательства на основании стратификации риска.

Примечание: ^a — в особенности переходящий подъем сегмента ST, ^b — определяемая скорость клубочковой фильтрации <60 мл/мин/1,73 м². В соответствии с Рекомендациями ESC по острому коронарному синдрому без подъема сегмента ST 2015 г.

Сокращения: КШ — коронарное шунтирование, ЛЖ — левый желудочек, ФВ — фракция выброса, ЧКВ — чрескожное коронарное вмешательство.