



краевое государственное учреждение здравоохранения
«Ачинская межрайонная больница»
КГБУЗ «Ачинская МРБ»

ПРИКАЗ

«24» июля 2021 г.

№ 46 осн

г. Ачинск

*«О внесении изменений
в приказ от 24.04.2019 № 31 осн
«Об организации медицинской помощи
больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями
в КГБУЗ «Ачинская МРБ»*

В целях приказа министерства здравоохранения Красноярского края от 16.03.2021 № 423 орг,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Приложение № 4 к приказу изложить в редакции Приложения № 4 приказа МЗ КК от 16.03.2021 № 423 орг.
2. Заведующему Станцией СМП В. Д. Стельмаху организовать:
 - 2.1. Оформление Протокола учета времени при оказании медицинской помощи пациенту с ОКС (Приложение № 6 к Приказу).
 - 2.2. Оформление Контрольного листа принятия решения бригадой СМП о проведении пациенту с острым инфарктом миокарда тромботической терапии (Приложение № 7 к Приказу).
3. Заведующему Станцией СМП В. Д. Стельмаху ознакомить сотрудников с требованиями п. 1, 2 приказа и организовать работу в соответствии с требованиями.
4. Заместителю главного врача по ОМР Т. И. Гатальской организовать предоставление в МЗ КК Информацию о деятельности кардиологического отделения ежеквартально до 5-го числа месяца, следующего за отчетным (Приложение № 8 к Приказу).
5. Внести изменения в схему Маршрутизации пациентов с ОКС на территории Западной группы районов Красноярского края (в связи с открытием Центра ЧКВ в Шарыповской ГБ).
6. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части З. Л. Штей.
7. Секретарю ознакомить с приказом (Т. И. Гатальскую, З. Л. Штей, Н. В. Сарапулову, В. Д. Стельмаху, Н. В. Наквасову).

И. о. главного врача

Т. И. Гатальская

Исп.: Зам. гл. врача по ОМР
Т. И. Гатальская

Приложение № 4
к приказу министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 16.03.2021 № 423-орп

**Алгоритм
оказания экстренной медицинской помощи
при остром коронарном синдроме для скорой медицинской помощи**

Диагностика.

1. В анамнезе - факторы риска или клинические признаки ишемической болезни сердца. Появление впервые или изменение привычной ангинозной боли.

2. При нестабильной стенокардии появление впервые частых или тяжелых ангинозных приступов (или их эквивалентов), ухудшение течения стенокардии, возобновление или появление стенокардии в первые 14 дней развития инфаркта миокарда. Особенно опасно возникновение впервые ангинозной боли в покое.

3. При инфаркте миокарда ангинозный статус, реже другие варианты начала заболевания: астматический (сердечная астма, отек легких), аритмический (обморок, внезапная смерть, синдром МАС), цереброваскулярный (острая неврологическая симптоматика), абдоминальный (боль в надчревной области, тошнота, рвота), малосимптомный (слабость, неопределенные ощущения в грудной клетке).

4. В первые часы заболевания изменения на ЭКГ могут отсутствовать или быть нетипичными. К категории ОКС с подъемом сегмента ST относятся случаи выявления подъема сегмента ST в двух и более смежных отведениях или острая (предположительно острая) блокада левой ножки пучка Гиса (с формированием патологического зубца Q в дальнейшем). К категории ОКС без подъема сегмента ST относятся случаи выявления депрессии сегмента ST и/или ишемические изменения зубца T, а также случаи «недиагностической» ЭКГ при наличии других доказательств ОКС.

Лечение.

1. Догоспитальное лечение ОКС должно согласовываться с кардиологом ДЦК ККБ в соответствии с диагнозом, необходимостью экстренного проведения коронароангиографии, преимущества медикаментозной терапии и риска кровотечений.

2. Стандартным является назначение:
- ацетилсалициловой кислоты (аспирин) 250 мг (разжевать),
- морфина до 10 мг внутривенно струйно, дробно, но только при наличии стойкого и выраженного болевого синдрома (не менее 3 баллов по визуально-аналоговой шкале) или при острой сердечной недостаточности, соответствующей по классификации классам Killip \geq II;

- оксигенотерапии при гипоксемии (сатурация кислорода ниже 90%) или клинических признаках острой сердечной недостаточности;

- нитроглицерина в виде постоянной внутривенной инфузии при сохраняющемся болевом синдроме или признаках острой сердечной недостаточности при нормальном или повышенном уровне АД (начиная со скорости инфузии 10 мкг/мин с повышением скорости инфузии по реакции гемодинамики);

3. Антитромботическое лечение при ОКС

При направлении пациента с ОКС с подъемом сегмента ST на первичное чрескожное коронарное вмешательство в РСЦ (без тромболитической терапии):

- клопидогрел 600 мг внутрь или тикагрелор 180 мг внутрь при направлении пациента на первичное чрескожное коронарное вмешательство в РСЦ;

- гепарин 60 Ед/кг массы тела, не более 4000 ЕД внутривенно струйно, при длительной транспортировке – дополнительно гепарин внутривенно 12 Ед/кг/мин, не более 1000 ЕД в час.

При консервативной тактике ведения пациента с любыми формами ОКС и в случаях, когда тромболитическая терапия не проводится:

- клопидогрел 75 мг внутрь или тикагрелор 180 мг внутрь при направлении пациента;

- гепарин 60 Ед/кг массы тела, не более 4000 ЕД внутривенно струйно, при длительной транспортировке – дополнительно гепарин внутривенно 12 Ед/кг/мин, не более 1000 ЕД в час или эноксапарин 1 мг/кг подкожно.

При выполнении догоспитальной тромболитической терапии при ОКС с подъемом сегмента ST:

- тромболитическая терапия при ИМПИСТ всем пациентам при наличии показаний и отсутствии противопоказаний в случаях, когда первичное чрескожное коронарное вмешательство не доступно в сроки 120 минут от постановки диагноза;

- тромболитическая терапия должна проводиться после консультации с кардиологом ДКЦ ККБ, определения возможностей выполнения первичного чрескожного коронарного вмешательства в регламентируемые сроки с учетом времени доставки и общей задержки оказания помощи (интервал «контакт-баллон»), давности симптомов и противопоказаний к тромболитической терапии;

- тромболитическая терапия проводится следующими препаратами:

- тенектеплаза 0,5 мг/кг массы тела в/в болюс (в возрасте от 75 лет и старше – 0,25 мг/кг массы тела) или

- стафилокиназа 15 мг в/в однократный болюс или

- проурокиназа 4 млн. в/в болюс, далее через 25 минут второй болюс при массе тела >60 кг (доза второго болюса определяется по массе тела в соответствии с инструкцией).

Антитромботическое сопровождение тромболитической терапии должно проводиться следующими препаратами:

- клопидогрел 300 мг внутрь (75 мг, если возраст пациента составляет от 75 лет и старше);

- гепарин 60 Ед/кг массы тела, не более 4000 ЕД внутривенно струйно, при длительной транспортировке - дополнительно гепарин внутривенно 12 Ед/кг/мин, не более 1000 Ед в час или эноксапарин 30 мг вв струйно, 1 мкг/кг подкожно (у пациентов в возрасте 75 лет и старше в/в болюс не выполняется, доза эноксапарина должна составлять 0,75 мг/кг).

При сомнении в диагнозе ОКС антикоагулянтная терапия и блокатор АДФ-рецепторов не назначаются.

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

Дата: ___ / ___ / ___ г.

ФИО больного _____

Возраст _____ лет

Пол: м/ж

Масса тела _____ кг

**Условия для догоспитальной тромболитической терапии
(на все вопросы должен быть ответ «Да»)**

	Да	Нет
Больной ориентирован, может общаться.		
Характерный для ОКС болевой синдром и/или его эквиваленты продолжающиеся не менее 20 минут, но не более 12 часов.		
Выполнена регистрация ЭКГ в 12 отведениях.		
Есть подъем сегмента ST на 1 мм и более (в отведениях V1-V3 – 1,5 мм и более у женщин 2 мм и более у мужчин) в двух или более смежных отведениях ЭКГ.		
Имеется возможность получить медицинские рекомендации врача ДЦК ККБ.		
В период транспортировки больного имеется возможность постоянного мониторингового контроля ЭКГ (допускается в одном отведении), внутривенных инфузий (в кубитальной вене установлен катетер) и срочного применения дефибриллятора.		

**Противопоказания к тромболитической терапии
(на все вопросы должен быть ответ «Нет»)**

	Да	Нет
Систолическое давление крови не превышает 180 мм рт. ст.		
Диастолическое давление крови не превышает 110 мм рт. ст.		
Разница уровней систолического давления крови, измеренного на правой и левой руке не превышает 15 мм рт. ст.		
Характер болевого синдрома не соответствует расслоению аорты		
Указания на перенесенный ишемический инсульт в течение последних 6 мес		
Клинические признаки кровотечения любой локализации (в том числе желудочно-кишечные и урогенитальные) или появления геморрагического синдрома на момент осмотра		
Желудочно-кишечные кровотечения в предшествующие 30 дней		
Выраженная печеночная недостаточность		
Большая хирургическая или серьезная травма с гематомами и/или кровотечением в течение последних 30 дней		
Обострение язвенной болезни		
Использование пероральных антикоагулянтов		
Беременность или 1 неделя после родов		

**Информация о деятельности кардиологического отделения,
оказывающего медицинскую помощь пациентам с ОКС**

№	Наименование показателя	За отчетный период	За период предыдущего года
1	Количество штатных / развернутых коек в отделении		
2	Число госпитализированных больных с ОКС – всего человек		
2.1	из них в первые 24 часа		
2.1.1	в том числе в первые 12 часов		
2.1.2	в том числе в первые 2 часа		
3	Число госпитализированных больных с ОИМ – всего, человек		
	с подъемом сегмента ST		
	без подъема сегмента ST		
3.1	Из них, минуя приемное отделение		
4	Число больных ОИМ, первичная госпитализация которых осуществлена в ОАР, человек		
	с подъемом сегмента ST		
	без подъема сегмента ST		
5	Число умерших, больных с ОКС – всего, человек		
5.1	из них в первые 24 часа		
6	Всего проведено ТЛТ больным, поступившим в отделение		
6.1	из них на догоспитальном этапе		
7	Число больных, переведенных в ПСО / РСЦ для проведения экстренной коронарографии – всего, человек		

Главный врач

Исп.:

Маршрутизация пациентов с ОКС на территории Западной группы районов Красноярского края

