



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 10.12.2019

№ 267

Об организации оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом в Ивановской области

В целях совершенствования организации оказания неотложной кардиологической помощи пациентам с острым коронарным синдромом в Ивановской области **п р и к а з ы в а ю**:

1. Утвердить:

1.1. Порядок организации оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (далее – ОКС) на догоспитальном этапе лечения (приложение 1).

1.2. Порядок организации оказания медицинской помощи пациентам с ОКС на стационарном этапе (приложение 2).

1.3. Территориальное прикрепление взрослого населения для оказания медицинской помощи с применением чрескожных коронарных вмешательств (далее – ЧКВ) (приложение 3).

1.4. Территориальное прикрепление взрослого населения Ивановской области к первичным сосудистым отделениям (приложение 4).

1.5. Протокол тромболитической терапии при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST ЭКГ (приложение 5).

1.5. Алгоритм ведения пациента с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST ЭКГ (приложение 6).

1.6. Алгоритм ведения пациента с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST ЭКГ (приложение 7).

1.8. Форму листа оценки полноты мероприятий догоспитального этапа оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (приложение 8)

1.9. Форму ежемесячного отчета по оказанию медицинской помощи пациентам с ОКС для медицинских организаций (приложение 9).

1.10. Форму ежемесячного отчета по маршрутизации пациентов с ОКС для главного внештатного специалиста-кардиолога Департамента здравоохранения Ивановской области (приложение 10).

2. Главному врачу ОБУЗ «ССМП», главным врачам медицинских организаций, имеющих в своем составе отделения (станции) скорой медицинской помощи:

2.1. Обеспечить:

- исполнение порядка организации оказания медицинской помощи пациентам с ОКС на догоспитальном этапе;

- госпитализацию пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, после тромболизиса, а также пациентов с ОКС без подъема сегмента ST, относящихся к группе очень высокого риска, в медицинскую организацию, в структуре которой имеются сосудистый центр и/или отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения (далее - ЧКВ-центр), согласно территориальному прикреплению, утвержденному п. 1.3 настоящего приказа;

- обучение и проверку навыков для фельдшеров и врачей бригад скорой медицинской помощи по проведению мероприятий для устранения угрожающих жизни состояний на постоянной основе;

- заполнение раздела I листа оценки полноты мероприятий догоспитального этапа оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (далее – чек-лист ОКС) сотрудниками бригады скорой медицинской помощи, доставивших пациента с острым коронарным синдромом в специализированные отделения (приложение 8).

2.2. Организовать разбор случаев летальных исходов пациентов с ОКС в машине скорой помощи на клинических конференциях с привлечением профильных врачей-специалистов с последующим представлением материалов главному внештатному специалисту-кардиологу Департамента здравоохранения Ивановской области (1 раз в квартал, до 20 числа за отчетным месяцем).

3. Руководителям медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения Ивановской области, имеющих в своем составе региональный сосудистый центр (далее – РСЦ), первичное сосудистое отделение (далее – ПСО), отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения:

3.1. Обеспечить:

- исполнение порядка организации оказания медицинской помощи пациентам с ОКС на стационарном этапе.

- круглосуточную работу ПСО, РСЦ, отделений рентгенохирургических методов диагностики и лечения, а также обеспечение указанных структурных подразделений необходимыми расходными материалами и лекарственными средствами в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.

- передачу активного вызова участкового терапевта при выписке пациента, перенесшего острый инфаркт миокарда и нуждающегося в активном наблюдении.

- заполнение раздела II чек-листа ОКС по каждому случаю оказания помощи пациентам с острым коронарным синдромом. (приложение 8).

- проведение анализа оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом внутри ПСО (РСЦ) в рамках внутреннего контроля качества медицинской помощи.

- представление протокола анализа оказания медицинской помощи при ОКС и отчета по форме согласно приложению 9 к настоящему приказу главному внештатному специалисту-кардиологу Департамента здравоохранения Ивановской области (ежемесячно, в срок не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным).

- ежемесячную передачу данных о всех выписанных пациентах с ОКС в ОБУЗ «Кардиологический диспансер» для занесения в регистр до 5-го числа месяца, следующего за отчетным.

3.2. Все случаи летальных исходов пациентов с инфарктом миокарда, других острых форм ишемической болезни сердца (далее – ИБС) разбирать на врачебной комиссии, клинических конференциях с последующим представлением материалов главному внештатному специалисту-кардиологу Департамента здравоохранения Ивановской области (1 раз в квартал, до 20 числа месяца, следующего за отчетным).

4. Главному внештатному специалисту-кардиологу Департамента здравоохранения Ивановской области:

4.1. Осуществлять постоянный контроль выполнения комплекса мероприятий, направленных на дальнейшее совершенствование организации оказания медицинской помощи пациентам с ОКС, оказывать организационно-методическую помощь руководителям медицинских организаций по вопросам оказания медицинской помощи данной категории пациентов.

4.2. Отчет по маршрутизации пациентов с ОКС (приложение 10) представлять ежемесячно в управление организации медицинской помощи взрослому населению и ведомственного контроля качества медицинской деятельности Департамента здравоохранения Ивановской области.

5. Признать утратившими силу приказ Департамента здравоохранения Ивановской области от 22.02.2018 № 43 «О маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом на территории Ивановской области» и приложение 1 к приказу Департамента здравоохранения Ивановской области от 25.09.2019 № 215.

6. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя директора Департамента здравоохранения Ивановской области Лесных С.Н.

**Член Правительства
Ивановской области - директор
Департамента здравоохранения
Ивановской области**



А.М. Фокин

**Порядок
организации оказания медицинской помощи пациентам с острым
коронарным синдромом на догоспитальном этапе госпитализации**

1. При подозрении на ОКС исследование ЭКГ должно быть проведено бригадой скорой медицинской помощи в срок до 10 минут от момента прибытия на вызов. Время регистрации и интерпретации ЭКГ считается первым медицинским контактом.
2. При подозрении на ОКС осуществляется передача ЭКГ с использованием средств дистанционной передачи ЭКГ и информирование медицинской организации о предстоящей госпитализации.
3. В зависимости от выявленных изменений (наличии/отсутствии подъема сегмента ST ЭКГ) определяется дальнейшая маршрутизация пациента.
4. При оказании медицинской помощи пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST осуществляется в соответствии с алгоритмом ведения пациента с острым коронарным синдромом подъемом сегмента ST ЭКГ (приложение 6 к настоящему приказу).
6. В случае если временной интервал от первого медицинского контакта до момента госпитализации пациента с ОКС с подъемом сегмента ST составляет менее 90 минут, пациента необходимо госпитализировать в ближайшую медицинскую организацию, в структуре которой имеются ЧКВ-центр, по территориальному признаку согласно приложению 3 к настоящему приказу, тромболитическую терапию при этом проводить не следует.
7. В случае временного интервала от первого медицинского контакта до госпитализации 90-120 минут, пациенту с ОКС с подъемом сегмента ST должна быть проведена тромболитическая терапия в соответствии с протоколом тромболитической терапии при ОКС с подъемом сегмента ST ЭКГ (приложение 4 к настоящему приказу) с последующей госпитализацией в медицинскую организацию, в структуре которой имеется ЧКВ-центр, согласно территориальному прикреплению взрослого населения для оказания медицинской помощи с применением чрескожных коронарных вмешательств (приложение 3). Тромболитическая терапия должна быть начата в максимально короткий срок (около 30 минут от момента первого медицинского контакта).
8. Транспортировка в медицинскую организацию, в структуре которой имеется ЧКВ-центр, должна осуществляться сразу после начала тромболитической терапии, не ожидая ее результатов.
9. Госпитализация пациента с ОКС с подъемом сегмента ST должна осуществляться первой же бригадой скорой медицинской помощи, без передачи вызовов специализированным бригадам.
10. Пациенты с ОКС после проведенных рентгенэндоваскулярных вмешательств для долечивания переводятся в реабилитационные отделения

согласно территориальному прикреплению.

11. Всем пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST при отсутствии противопоказаний на догоспитальном этапе необходимо провести двойную дезагрегантную терапию в соответствии со стандартом скорой медицинской помощи при остром трансмуральном инфаркте миокарда, утвержденным приказом Минздрава России от 05.06.2016 № 457н.

12. Обезболивание пациентов с ОКС проводить согласно стандарту скорой медицинской помощи при остром трансмуральном инфаркте миокарда, утвержденному приказом Минздрава России от 05.06.2016 № 457н.

13. При оказании медицинской помощи пациентам с ОКС без подъема сегмента ST госпитализация осуществляется в соответствии с алгоритмом ведения пациента с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST ЭКГ (приложение 7 к настоящему приказу):

- пациенты, относящиеся к группе очень высокого риска, госпитализируются в медицинскую организацию, в структуре которой имеется ЧКВ центр;

- пациенты с ОКС без подъема сегмента ST, относящиеся к группе высокого, умеренного или низкого риска госпитализируются в первичные сосудистые отделения.

14. Если при ОКС без подъема сегмента ST недостаточно данных для стратификации риска на догоспитальном этапе, пациента следует доставить в ПСО в соответствии с территориальным прикреплением (приложение 4).

15. В случае сомнительного диагноза ОКС без подъема сегмента ST назначение двойной дезагрегантной терапии может быть отложено до поступления в стационар.

**Порядок
организации оказания медицинской помощи пациентам с острым
коронарным синдромом на стационарном этапе лечения**

1. Пациенты с ОКС госпитализируются непосредственно в палату реанимации и интенсивной терапии (далее – ПРИТ).
2. В условиях блока реанимации и интенсивной терапии должно быть обеспечено мониторирование жизненно важных функций организма и ЭКГ.
3. Лечение в стационарах должно осуществляться в соответствии со стандартами лечения, утвержденными приказами от 01.07.2015 № 404ан «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы», от 01.07.2015 № 405ан «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при нестабильной стенокардии, остром и повторном инфаркте миокарда без подъема ST электрокардиограммы».
4. Реабилитация пациентов с ОКС должна начинаться в условиях ПРИТ и продолжаться в условиях кардиологического или специализированного реабилитационного отделения.
5. При наличии показаний рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST должны быть начаты как можно скорее, чтобы обеспечить восстановление кровотока до 60 минут от момента поступления или 120 минут от момента первого медицинского контакта. У пациентов, которым на догоспитальном этапе (или в другом стационаре) проведена успешная тромболитическая терапия, эндоваскулярное вмешательство проводится в течение 2-24 часов. При неуспешном тромболлизе эндоваскулярное вмешательство проводится незамедлительно («спасительное» ЧКВ)
6. В случае госпитализации пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST в стационар, не имеющий возможности оказания эндоваскулярной помощи, следует обеспечить перевод пациентов в медицинскую организацию, в структуре которой имеется ЧКВ-центр в соответствии с территориальным прикреплением (приложение 3) в максимально короткие сроки. При необходимости решить вопрос о проведении тромболитической терапии.
7. При установлении диагноза ОКС без подъема сегмента ST (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда без подъема сегмента ST) в медицинской организации, в структуре которой нет ЧКВ-центра, необходимо осуществлять перевод пациентов, относящихся к группам высокого риска в ЧКВ-центр в соответствии с территориальным прикреплением (приложение 3) и клиническими рекомендациями, размещенными на сайте <http://cr.rosminzdrav.ru/>, по согласованию с РСЦ.
8. При умеренном или низком риске больные с ОКС без подъема сегмента ST могут проходить лечение в медицинских организациях, в структуре которых отсутствует ЧКВ-центр.

9. После проведения чрескожной ангиопластики и стабильном состоянии возможен перевод пациента в ПСО или специализированное отделение реабилитации, для продолжения лечения и реабилитации в соответствии с территориальной принадлежностью.

**Территориальное прикрепление взрослого населения для оказания
медицинской помощи с применением чрескожных коронарных
вмешательств (в ЧКВ-центрах)**

№ п/п	Наименование медицинской организации	Перечень прикрепленных территорий
1.	Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Кинешемская центральная районная больница»	- г.о. Кинешма - Кинешемский муниципальный район - Заволжский муниципальный район - Юрьеvecкий муниципальный район - г.о. Вичуга - Вичугский муниципальный район - Пучежский муниципальный район
2.	Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Ивановская областная клиническая больница»	- г.о. Иваново, - Ивановский муниципальный район - г.о. Шуя - Шуйский муниципальный район - Палехский муниципальный район - Южский муниципальный район - Верхне–Ландеховский муниципальный район - Пестяковский муниципальный район - Савинский муниципальный район - Лежневский муниципальный район - Комсомольский муниципальный район - Родниковский муниципальный район - Лухский муниципальный район - Фурмановский муниципальный район - Приволжский муниципальный район - Ильинский муниципальный район - г.о. Тейково - Тейковский муниципальный район - Гаврилово-Посадский муниципальный район

Территориальное прикрепление взрослого населения Ивановской области к первичным сосудистым отделениям

№ п/п	Наименование медицинской организации	Перечень прикрепленных территорий
1.	Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Кинешемская центральная районная больница»	<ul style="list-style-type: none"> - г.о. Кинешма - Кинешемский муниципальный район - Заволжский муниципальный район - Юрьеvecкий муниципальный район - г.о. Вичуга - Вичугский муниципальный район - Пучежский муниципальный район
2.	Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Шуйская центральная районная больница»	<ul style="list-style-type: none"> - г.о. Шуя - Шуйский муниципальный район - Палехский муниципальный район - Южский муниципальный район - Верхне–Ландеховский муниципальный район - Пестяковский муниципальный район - Савинский муниципальный район
3.	Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Кардиологический диспансер»	<ul style="list-style-type: none"> - г.о. Иваново: районы обслуживания Областного бюджетного учреждения здравоохранения «1-я городская клиническая больница», Областного бюджетного учреждения здравоохранения «Ивановская клиническая больница имени Куваевых», Областного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 4» (поликлиники №№ 1,2,4,5,6,8,9,10), - Ивановский муниципальный район (кроме Богданихского сельского поселения) - Лежневский муниципальный район - Комсомольский муниципальный район - Родниковский муниципальный район - Фурмановский муниципальный район - Приволжский муниципальный район - Ильинский муниципальный район - г.о. Тейково - Тейковский муниципальный район - Гаврилово-Посадский муниципальный район - Лухский муниципальный район
4.	Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница N 3 г. Иванова»	<ul style="list-style-type: none"> - г.о. Иваново: районы обслуживания Областного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 3 г. Иваново», Областного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 7» (поликлиники №№ 3, 7, 11, 12, 13) - район обслуживания ОБУЗ «Кохомская городская больница»

Протокол тромболитической терапии при ОКС с подъемом сегмента ST ЭКГ

ФИО _____ № и/б _____ Возраст _____ лет
 Пол М Ж Масса тела _____ кг
 Дата _____ 201__ г Время поступления _____ ч _____ мин. Время начала ТЛТ _____ ч _____ мин

Показания к ТЛТ		Абсолютные противопоказания к ТЛТ	
Время приступа менее < 12 часов		Перенесенный геморрагический инсульт или ОНМК неизвестной этиологии	
$\uparrow ST \geq 1$ мм минимум в 2 отведениях: I II III aVL aVF		Ишемический инсульт в течение последних 3 месяцев	
$\uparrow ST \geq 1$ мм минимум в двух из грудных отведений V1-V6		Опухоль мозга, первичная и метастазы	
Новая блокада ЛНПГ		Подозрение на расслоение аорты	
Истинный задний ИМ: Высокие R V1-V2 + $\downarrow ST-T$ V1-V4		Наличие признаков кровотечения или геморрагического диатеза	
		Существенные закрытые травмы головы в последние 3 мес	
		Изменение структуры мозговых сосудов	

Взвесить пользу и риск ТЛТ. Польза больше у пациентов высокого риска смерти. Риск больше у пациентов высокого риска кровотечений

Высокий риск смерти (хотя бы 1 показатель)		Риск осложнений ТЛТ (относительные противопоказания)	
$\uparrow ST \geq 2$ мм в ≥ 2 передних отведениях		Плохо контролируемая АГ: САД > 180мм рт ст, ДАД > 110мм рт ст	
Новая блокада ЛНПГ		Ишемический инсульт в течение последних 3 месяцев	
$\uparrow ST \geq 1$ мм при нижнем ИМ в сочетании с АД < 100 мм рт ст или ЧСС > 100 или классом по Киллип 2-3 или $\downarrow ST \geq 2$ мм в V1-V4 или $\uparrow ST \geq 1$ мм в V4R		Травматичная и длительная (более 10 мин) сердечно- легочная реанимация	
Класс по Киллип ≥ 2 (острая СН)-предпочтительней ЧКВ		Пункция сосуда, не поддающегося прижатию	
Возраст ≥ 75 лет		Недавнее (в течение 2-4 нед) внутреннее кровотечение	
Поздняя госпитализация (> 4 часов)- предпочтительней ЧКВ		Деменция, другая в/ч патология	
Курение		Существенные закрытые травмы головы в последние 3 мес	
Риск по TIMI в баллах		Беременность	
Сахарный диабет		Обострение язвенной болезни	
		Прием непрямых антикоагулянтов (чем выше МНО, тем выше риск кровотечения)	

Увеличивают риск кровотечений: старческий возраст, женский пол, низкая масса тела, ХПН, кровотечения в анамнезе, диуретики, инотропы, поражение ПЖ, переход с одного гепарина на другой.

Польза ТЛТ превышает риск кровотечений: ДА НЕТ

Эффективность ТЛТ (ЭКГ через 60 мин в худшем отведении от окончания ТЛТ)
 ДА (возвращение ST на > 50% от исходного) НЕТ

Осложнения ТЛТ: НЕТ ЕСТЬ (массивное кровотечение, ОНМК, другое _____)

Дата _____ 20__ г Время _____ ФИО _____ Подпись _____

Памятка медицинскому работнику, проводящему ТЛТ

Сопутствующая ТЛТ антитромботическая терапия:

- 1) АСПИРИН (если не был дан СП) 250 мг разжевать.
- 2) КЛОПИДОГРЕЛ (если не дан СП) 300 мг лицам до 75 лет, 75 мг после 75 лет
- 3) АНТИТРОМБИНЫ (в порядке предпочтения)

При ТЛТ **альтеплазой, проурокиназой, тенектеплазой- ЭНОКСАПАРИН** (болюс 30 мг в/в, через 15 мин по 1 мг/кг 2 раза в сутки п/к-до 8 дня болезни или до выписки из стационара, если она произошла раньше; у лиц старше 75 лет- без болюса); НФГ в/в инфузия под контролем АЧТВ через 3,6,12,24 часа (до 48 часов)

При ТЛТ **стрептокиназой- ФОНДАПАРИНУКС** (болюс 2,5 мг в/в), через 24 часа- 2,5 мг п/к 1 раз в сутки до 8 дня болезни или до выписки из стационара, если она произошла раньше; ЭНОКСАПАРИН (болюс 30 мг в/в, через 15 мин по 1 мг/кг 2 раза в сутки п/к-до 8 дня болезни или до выписки из стационара, если она произошла раньше; у лиц старше 75 лет- без болюса); НФГ в/в инфузия под контролем АЧТВ через 3,6,12,24 часа (до 48 часов).

Противопоказания для введения альтеплазы: гиперчувствительность, геморрагический диатез, одновременный прием непрямых антикоагулянтов, внутреннее кровотечение (в т.ч. недавно перенесенное), нарушение мозгового кровообращения (внутричерепное кровоизлияние, геморрагический инсульт, в т.ч. в 6 месячном анамнезе), новообразования с повышенным риском кровотечения, аневризмы и пороки развития сосудов, интракраниальные или спинальные хирургические вмешательства в течение 2-х предшествующих месяцев, геморрагическая ретинопатия, период до 10 дней после тяжелой травмы, травматического открытого массажа сердца, обширных хирургических операций, родов, пункции сосудов с низким давлением, в т.ч. подключичной и яремной вены, тяжелая неконтролируемая артериальная гипертензия, бактериальный эндокардит, перикардит, острый панкреатит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в течение 3 мес после обострения, печеночная недостаточность, цирроз печени, портальная гипертензия, сопровождающаяся варикозным расширением вен пищевода, активный гепатит.

Противопоказания для введения проурокиназы: склонность к кровоточивости (в т.ч. геморрагический диатез, гемофилия, тромбоцитопения и др.), повышенный риск развития кровотечений (ЖКТ кровотечения давностью до 4 нед., обширное хирургическое вмешательство или обширная травма давностью до 4 нед., внутричерепные или внутриспинномозговые вмешательства давностью до 8 нед., травма головы давностью до 4 нед.), реанимационные мероприятия (включая сердечно-легочную реанимацию более 10 мин), заболевания печени с выраженным нарушением системы гемостаза, пункция крупных сосудов (например подключичная вена), диабетическая геморрагическая ретинопатия, состояние после геморрагического инсульта (в т.ч. в анамнезе), повышение систолического АД до 180 мм рт.ст. и выше или диастолического АД до 110 мм рт.ст. и выше, кардиогенный шок (IV класс по Киллипу), подозрение на расслоение аневризмы аорты, септический эндокардит, беременность, повышенная чувствительность к проурокиназе.

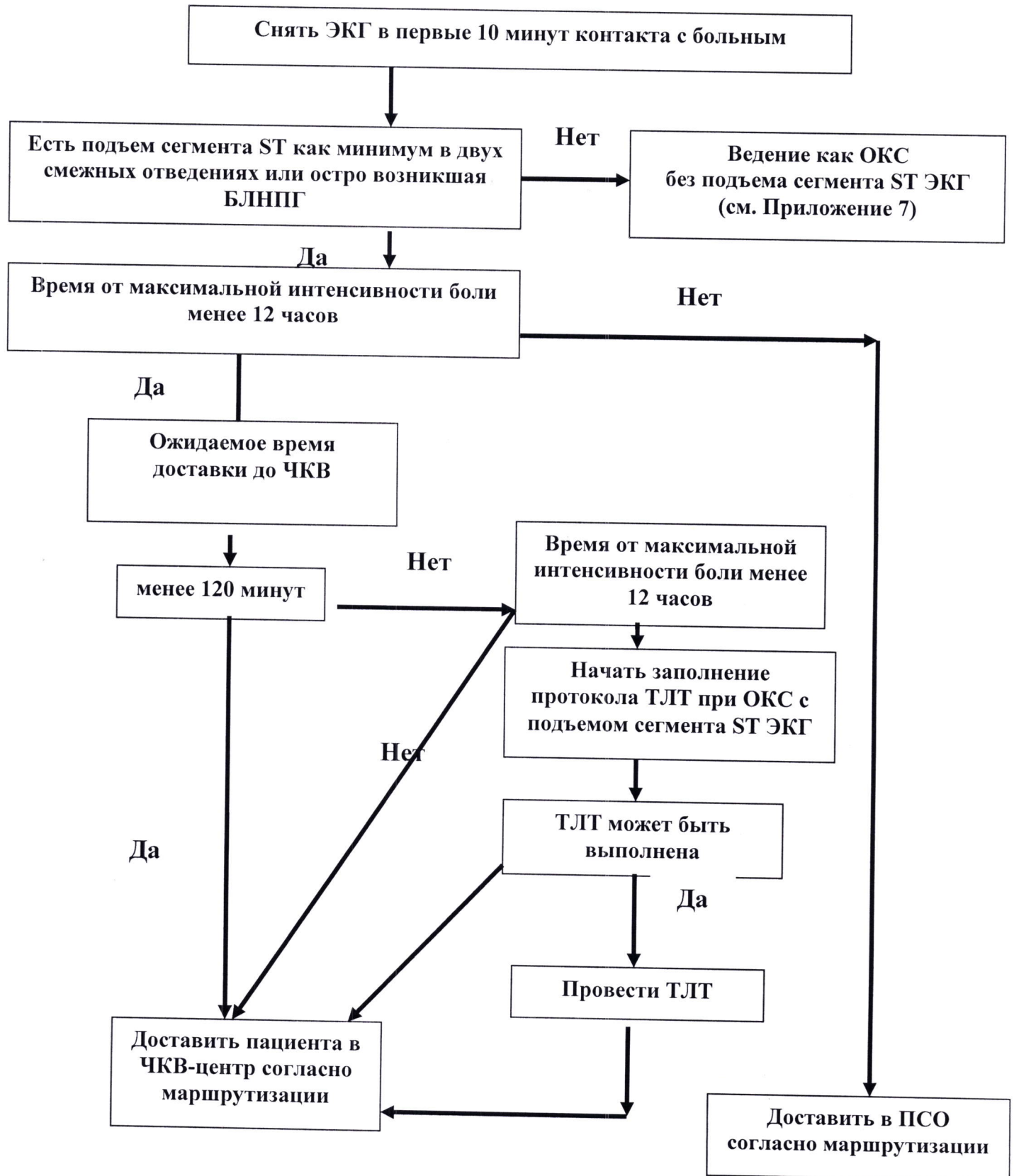
Противопоказания для введения стрептокиназы – кровотечения: из мест введений и разрезов, десен, печени, желудочно-кишечные, урогенитальные, ретроперитонеальные и др.; разрыв селезенки, кровоизлияния: кожные, подкожные, в перикард (вплоть до разрыва миокарда), мозг (со смертельным исходом), гематомы; реперфузионная аритмия (при инфаркте миокарда), некардиогенный отек легких (интракоронарное введение при инфаркте миокарда), тромбоэмболии (в связи с мобилизацией тромба или его фрагментацией), в т.ч. легочной артерии (при тромбозе глубоких вен), дистальных отделов артерии (эмболизация холестерином при локальном тромбозе в периферических артериях), эмболический инсульт, увеличение СОЭ; при многократном введении — в плазме повышение уровня билирубина, активности АСТ, АЛТ, гамма-глутамилтранспептидазы, ЩФ, креатинкиназы, снижение — холинэстеразы, аллергические и анафилактические реакции (особенно при быстром введении): кожная

сыпь, крапивница, генерализованная экзантема, зуд, покраснение кожи, диспноэ, бронхоспазм, тошнота, рвота, повышение температуры тела, озноб, головная боль, боли в области позвоночника и мышцах, бради- или тахикардия, снижение АД, артриты, васкулиты (в т.ч. геморрагические), нефриты, полинейропатия, периорбитальный и ангионевротический отек, анафилактический шок и др.

Классы тяжести по Killip

Класс I	Клинические признаки сердечной недостаточности (в том числе хрипы в легких и III тон сердца) отсутствуют
Класс II	Влажные хрипы выслушиваются менее, чем над 50% области легких. Может присутствовать тахикардия, III тон сердца
Класс III	Отек легких. Хрипы выслушиваются более чем над 50% области легких
Класс IV	Кардиогенный шок

Алгоритм ведения пациента с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST ЭКГ



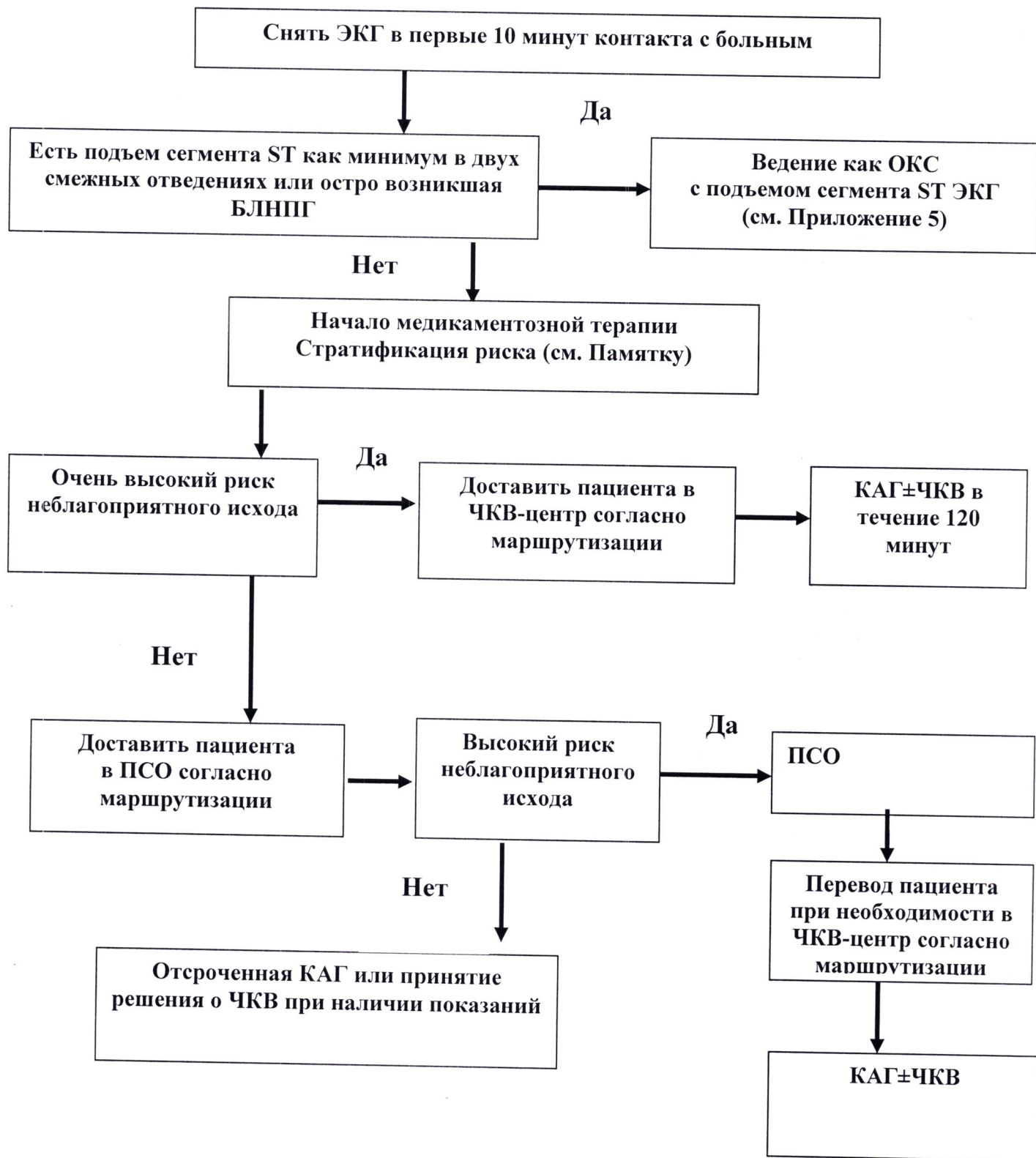
Памятка работнику скорой медицинской помощи при ведении пациента с ОКС с подъемом сегмента ST ЭКГ

- Ожидаемое время доставки до ЧКВ-центра оценивается от первого контакта пациента с медицинским работником.
- Если время доставки до ЧКВ-центра составляет менее 120 минут, то пациента предпочтительно доставить в ЧКВ-центр в первые 60 минут и максимум в первые 90 минут от первого контакта пациента с медицинским работником.
- Начало проведения ТЛТ на догоспитальном этапе предпочтительно в течение 30 минут от первого контакта пациента с медицинским работником.

При наличии депрессии сегмента ST $\geq 0,05$ мВ в отведениях V₁-V₃, особенно с позитивными зубцами T, рекомендуется зарегистрировать ЭКГ в отведениях V₇-V₉.

- ЭКГ критериями для начала реперфузионной терапии являются:
 1. стойкие подъемы сегмента ST $\geq 0,1$ мВ как минимум в двух смежных отведениях ЭКГ ($\geq 0,25$ мВ у мужчин до 40 лет/0,2 мВ у мужчин старше 40 лет и $\geq 0,15$ мВ у женщин в отведениях V₂-V₃)
 2. или остро возникшая блокада левой ножки пучка Гиса.
 3. Сочетание депрессий сегмента ST $\geq 0,1$ мВ во многих отведениях $>0,1$ мВ в сочетании с подъемами сегмента ST в отведениях aVR и/или V₁, свидетельствующих о многососудистом поражении или поражении ствола левой коронарной артерии.

Алгоритм ведения пациента с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST ЭКГ



Памятка медицинскому работнику по стратификации риска при ОКС без подъема сегмента ST ЭКГ

1. Очень высокий риск неблагоприятного исхода:

- кардиогенный шок;
- нестабильная гемодинамика (острая сердечная недостаточность-отек легких с сохраняющимися болями в грудной клетке или смещениями сегмента ST на ЭКГ);
- повторные динамические изменения сегмента ST или зубца T;
- фибрилляция желудочков;
- остановка кровообращения;

2. Высокий риск неблагоприятного исхода:

- подъем или снижение уровня сердечного тропонина, соответствующее критериям ОИМ (показатель динамически определяется в стационаре в зависимости от принятой рутинной практики диагностики ОИМ);
- динамические смещения сегмента ST или зубца T (с симптомами или без них);
- риск по шкале GRACE более 140 баллов;

Если высокий риск диагностируется по шкале GRACE уже на этапе СМП, то пациент сразу доставляется в ЧКВ-центр.

Если высокий риск определен в условиях приемных отделений медицинских организаций либо стационарном этапе - перевод в ЧКВ-центр в максимально короткие сроки).

3. Умеренный риск неблагоприятного исхода (определяется в ПСО-перевод осуществляется по согласованию с руководителем ЧКВ-центра)

- ранняя постинфарктная стенокардия;
- недавняя ЧКВ; КШ в прошлом;
- риск по шкале GRACE более 109 баллов, но менее 141 балла.

Оценка риска смерти с использованием шкалы GRACE

Фактор риска	Число баллов	Фактор риска	Число баллов	Фактор риска	Число баллов
<i>Возраст (годы)</i>		<i>ЧСС (уд/мин)</i>		<i>САД (мм рт. ст.)</i>	
≤ 30	0	≤ 50	0	≤ 80	58
30—39	8	50—69	3	80—99	53
40—49	25	70—89	9	100—119	43
50—59	41	90—109	15	120—139	34
60—69	58	110—149	24	140—159	24
70—79	75	150—199	38	160—199	10
80—89	91	≥ 200	46	≥ 200	0
≥ 90	100				
<i>Класс по Killip</i>		<i>Креатинин крови (мкмоль/л)</i>		<i>Другие факторы</i>	
I	0	0—34,49	1	Остановка сердца при поступлении	39
II	20	34,50—69,84	4		
III	39	69,85—105,19	7	Смещение ST, инверсия T	28
IV	59	105,20—140,55	10		
<i>Классы тяжести по Killip указаны в протоколе ТЛТ</i>		140,56—175,91	13	Повышенный уровень маркеров некроза миокарда	14
		175,92—352,71	21		
		≥ 352,72	28		

Риск смерти определяется по шкале GRACE по сумме баллов:

Низкий (<1%) ≤ 108

Умеренный (1—3%) 109—140

Высокий (> 3%) ≥ 141

Лист оценки полноты мероприятий догоспитального и госпитального этапов оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС)

Ф.И.О. _____ Дата рождения _____

Район _____ Доставлен в МО _____
 (наименование учреждения здравоохранения)

I. Заполняется сотрудниками СМП					
Дата	Время				
	приёма вызова СМП	прибытия бригады СМП	снятия ЭКГ	прибытия в стационар	смотра врача приёмного отдел
Оцениваемые параметры				«Да»	«Нет»
Оказана помощь: Ацетилсалициловая кислота					
Клопидогрель					
Гепарин					
Болевой синдром купирован полностью					
ТЛТ					
Если «НЕТ» указать причину					
ОКС с подъемом сегмента ST					
Пациент доставлен (доставлялся) в РСЦ					
Состав бригады СМП: Врачебная					
Число медицинских работников ССМП (указать)					
ФИО вр/ф-ра				подпись	

II. Заполняется врачом РСЦ (ПСО), принимавшим пациента		
Дата и время первого эпизода болей за грудиной (со слов пациента)	«__» ____ 20__ г.	«__» час. «__» мин.
Дата и время максимальной интенсивности болей за грудиной (со слов пациента)	«__» ____ 20__ г.	«__» час. «__» мин.
Вызывалась ли СМП по поводу похожих симптомов в течение предшествующих 3 дней (со слов пациента)	ДА <input type="checkbox"/> «__» ____ 20__ г.	НЕТ <input type="checkbox"/>
Дата и время госпитализации	«__» ____ 20__ г.	«__» час. «__» мин.
Изменения на ЭКГ СМП:		
Подъем сегмента ST ЭКГ	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Изменения на ЭКГ при поступлении:		
Подъем сегмента ST ЭКГ	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
ЧКВ проведено	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Если «НЕТ» указать причину		
ТЛТ проведено	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Если «НЕТ» указать причину		
Маршрутизация соблюдена	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Помощь оказана в полном объеме	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Дефекты оказания помощи на этапе СМП	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Если «ДА», указать какие		

Сотрудник РСЦ (ПСО) _____
 (должность)

(подпись) _____ (Фамилия И.О.)
 Дата заполнения «__» ____ 20__ г.

**Форма ежемесячного отчета по оказанию медицинской помощи пациентам
 с острым коронарным синдромом для медицинских организаций**

	Название учреждения _____	Кол-во
1	Данные по направлению пациентов с диагнозом ОКС	
1.1	Общее количество доставленных по СМП пациентов с диагнозом ОКС (по журналу приемного отделения) из них:	
1.1.1	Число пациентов из поступивших с подозрением на ОКС (из п.1.1), у которых диагноз ОКС не подтвержден при выписке	
1.1.2	ОКС с подъемом, диагностированный в приемном отделении и сразу отправленный в ЧКВ-центр (из п.1.1)	
1.1.3	Число пациентов с ОКС без подъема сегмента ST с очень высоким и высоким риском осложнений (GRACE \geq 140), сразу отправленных в ЧКВ-центр	
1.2	Общее количество доставленных по СМП пациентов с подозрением на ОКС с нарушением маршрутизации:	
1.2.1	Число пациентов с подозрением на ОКС с подъемом ST на этапе СМП (из п.1.2)	
1.2.2	Число пациентов, у которых диагноз ОКС не подтвержден уже на этапе приемного отделения (из п.1.2)	
2	Данные по госпитализации (только для пациентов с подтвержденным диагнозом ОКС)	
2.1	Число пациентов с ОКС, доставленных в ЧКВ-центр СМП	
2.1.1	Из них число пациентов после тромболизиса на догоспитальном этапе	
2.2	Число пациентов с ОКС, переведенных в ЧКВ-центр из ПСО	
2.2.1	Из них после тромболизиса, проведенного в ПСО	
2.2.2	Из числа пациентов с ОКС, переведенных в ЧКВ-центр из ПСО, число пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST	
2.2.3	Из числа пациентов с ОКС, переведенных в ЧКВ-центр из ПСО, число пациентов с ОКС без подъема сегмента ST	
2.3	Число пациентов с ОКС, переведенных в ЧКВ-центр из других стационаров или непрофильных отделений этого же учреждения, из них:	
2.3.1	Из числа пациентов с ОКС, переведенных в ЧКВ-центр из других стационаров (не из ПСО), число пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST (из п.2.3)	
2.3.2	Из числа пациентов с ОКС, переведенных в ЧКВ-центр из других стационаров, число пациентов с ОКС без подъема сегмента ST (из п.2.3)	

2.3.3	Число пациентов, переведенных из других отделений ЧКВ-центра в связи с ОКС (из п.2.3)	
3	Данные по времени госпитализации от начала заболевания (учитывается только первичная госпитализация, переведенных из других учреждений не учитывать)	
	Число пациентов госпитализированных:	
3.1	В первые 2 часа от начала заболевания (от 0 до 2 ч)	
3.2	В первые 12 часов от начала заболевания (это все от 0 до 12 ч)	
3.2.1	Из них число пациентов с инфарктом миокарда, с подъемом сегмента ST, госпитализированных в первые 12 часов от начала заболевания	
3.3	В первые 24 часа от начала заболевания (это все от 0 до 24 ч)	
3.3.1	Из них число пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST	
3.4	После 24 часов от начала заболевания (остальные после 24 ч)	
4	Данные по ангиографии (заполняют только ЧКВ-центры)	
4.1	Общее количество пациентов, которым выполнены ангиографические исследования по журналу эндоваскулярного отделения, из них	
4.1.1	Число пациентов, которым выполнена коронарография, из них по поводу:	
4.1.1.1	ОКС	
4.1.1.2	Стабильных форм ИБС	
4.1.1.3	Диагностических (не входящих в стабильные формы ИБС, например: диагноз не установлен)	
4.2.	Число ангиографических исследований в среднем за сутки (общее число исследований/кол-во дней отчетного периода)	
4.3	Данные о рентгенэндоваскулярных вмешательствах при ОКС	
4.3.1	Общее количество пациентов, подвергнутых рентгенэндоваскулярным лечебным вмешательствам (ЧКВ) при ОКС	
4.3.1.1	В том числе подвергнутых только баллонной ангиопластике, из них	
4.3.1.1.1	По поводу ОКС с подъемом сегмента ST	
4.3.1.1.2	По поводу ОКС без подъема ST	
4.3.1.2	В том числе подвергнутых стентированию коронарных артерий (4.2.1 + 4.2.2)	
4.3.1.2.1	По поводу ОКС с подъемом сегмента ST	
4.3.1.2.2	По поводу ОКС без подъема ST	
4.4	Установлено стентов при ОКС	
4.4.1	Из них с лекарственным покрытием	

4.4.2	Число пациентов, которым установлен 1 стент	
4.4.3	Число пациентов, которым установлено 2 стента	
4.4.4	Число пациентов, которым установлено 3 стента	
4.5	Число ЧКВ (баллонирование + стентирование) при ОКС с подъемом ST	
4.5.1	Из них у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, поступивших в стационар до 12 часов от начала боли	
4.5.1.1	Среднее время симптом - звонок СМП	
4.5.1.2	Среднее время звонок СМП - баллон	
4.5.1.3	Среднее время симптом - баллон для пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, поступивших в стационар до 12 часов от начала боли, которым были выполнены экстренные (первичные) чрескожные коронарные вмешательства	
4.5.1.4	Число проведенных ЧКВ (баллонирование + стентирование) при ОКС после тромболизиса	
4.6	Число проведенных ЧКВ (баллонирование + стентирование) при ОКС без подъема ST, из них	
4.6.1	У пациентов высокого риска (GRACE \geq 140)	
4.6.2	У пациентов невысокого риска (GRACE \leq 140)	
4.7	Общее число ЧКВ (баллонирование + стентирование) при ОКС без тромболизиса	
4.8	Количество пациентов, подвергнутых ЧКВ при ОКС, из них:	
4.8.1	При нестабильной стенокардии	
4.8.2	При ИМбпST	
4.8.3	При ИМпST	
4.8.4	При кардиогенном шоке	
4.9	Число пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющих показания к его проведению;	
4.10	Число пациентов с ОКС, которым по любым причинам чрескожные вмешательства не проводились	
5	Сведения о выбывших из стационара пациентов с ОКС	
5.1	Общее число пациентов выбывших (выписанных + умерших) из стационара с ОКС, из них:	
5.1.1	ОКС с подъемом сегмента ST	
5.1.2	ОКС без подъема ST (5.1.2.1 + 5.1.2.2), из них	
5.1.2.1	У пациентов высокого риска (GRACE \geq 140)	

5.1.2.2	У пациентов невысокого риска (GRACE \leq 140)	
5.2	Из общего числа выбывших (выписанных + умерших) из стационара с ОКС (п. 5.1.)	
5.2.1	С нестабильной стенокардией	
5.2.2	ОИМ без подъема ST	
5.2.3	ОИМ с подъемом сегмента ST	
5.2.4	С острым ИМ	
5.2.5	С повторным ИМ	
5.3	Число выбывших (выписано + умерло) пациентов, перенесших ОКС, осложненный кардиогенным шоком, из них	
5.3.1	При ОКС подъемом сегмента ST	
5.3.2	При ОКС без подъема сегмента ST	
5.3	Число пациентов, выбывших (выписанных + умерших) из стационара с диагнозом другие острые формы ИБС (I24)	
5.4	Число пациентов, переведенных в реабилитационные отделения или другие стационары для долечивания после чрескожных вмешательств	
6	Сведения об умерших от ОКС	
6.1	Общее количество умерших от ОКС (МКБ-10: I21; I22; I24) за время госпитализации	
6.1.1	Число умерших пациентов с ОКС подъемом сегмента ST, из них	
6.1.1.1	Трудоспособного возраста	
6.1.1.2	Старше трудоспособного возраста	
6.1.1.3	В том числе, которым выполнен тромболизис (на догоспитальном и госпитальном этапах)	
6.1.1.3.1	Из них которым выполнен тромболизис на догоспитальном этапе	
6.1.1.4	С кардиогенным шоком	
6.1.2	Число умерших при ОКС без подъема ST, из них	
6.1.2.1	Трудоспособного возраста	
6.1.2.2	Старше трудоспособного возраста	
6.1.2.3	С высоким риском осложнений (GRACE \geq 140),	
6.1.2.4	С невысоким риском осложнений (GRACE \leq 140)	
6.1.2.5	С кардиогенным шоком	
6.1.3	Всего умерших при кардиогенном шоке	

6.2	Общее число умерших от инфаркта миокарда	
6.2.1	Из них умерших от ИМ в трудоспособном возрасте	
6.2.2	Из них умерших от ИМ старше трудоспособного возраста	
6.2.3	Из них (п. 6.2) умерших в первые сутки поступления в стационар	
6.3	Всего умерших от других острых форм ИБС (I24)	
6.3.1	Из них умерших в трудоспособном возрасте	
6.3.2	Из них умерших старше трудоспособного возраста	
6.3.3	Из них (п. 6.3) умерших в первые сутки поступления в стационар	
6.4	Сведения об умерших пациентах после проведения ангиопластики	
6.4.1	Общее число умерших пациентов с ОКС в стационаре, которым была выполнена ангиопластика коронарных артерий	
6.4.1.1	Из них при ОКС, осложненном кардиогенным шоком	
6.4.2	Общее число умерших пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, которым выполнялись чрескожные коронарные вмешательства	
6.4.2.1	Число умерших пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, которым выполнялись экстренные (первичные) чрескожные коронарные вмешательства, из них	
6.4.2.2	У поступивших в стационар до 12 часов от начала боли	
6.4.3	Число умерших пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, которым выполнялись чрескожные коронарные вмешательства в течение 24 часов от момента введения тромболитического препарата	
6.4.4	Число умерших пациентов с ОКС без подъема сегмента ST, из них	
6.4.4.1	С высоким риском ($GRACE \geq 140$)	
6.4.4.2	С невысоким риском ($GRACE \leq 140$)	
6.4.5	Число умерших среди пациентов, которым проведены чрескожные вмешательства в БРИТ (сумма 16.1 + 16.2 + 16.3)	
6.4.5.1	При инфаркте миокарда	
6.4.5.1.1	С подъемом сегмента ST	
6.4.5.1.2	Без подъема ST	
6.4.5.2	При нестабильной стенокардии	
6.4.6	Число пациентов, умерших в кардиологическом отделении после перевода из БИТ, из числа тех, кому проведены чрескожные вмешательства	
6.4.6.1	При инфаркте миокарда	
6.4.6.1.1	С подъемом сегмента ST	

6.4.6.1.2	Без подъема ST	
6.4.6.2	При нестабильной стенокардии	
6.4.7	Число умерших пациентов, которым не проводились чрескожные вмешательства	
6.4.7.1	При инфаркте миокарда	
6.4.7.1.1	С подъемом сегмента ST	
6.4.7.1.2	Без подъема ST	
6.4.7.2	При нестабильной стенокардии	
7	Летальность по учреждению при ОКС, %	
7.1	Летальность при ИМ, %	
7.1.1	Летальность при ИМ с подъемом ST, %	
7.1.2	Летальность при ИМ без подъема ST, %	
7.2	Летальность при других острых формах ИБС, %	
8	Число произведенных вскрытий	
8.1	При ИМ с подъемом сегмента ST	
8.2	При ИМ без подъема сегмента ST	
8.3	При нестабильной стенокардии	
9	Число расхождений диагнозов	
9.1	При ИМ с подъемом сегмента ST	
9.2	При ИМ без подъема сегмента ST	
9.3	При нестабильной стенокардии	
9.4	Число патолого-анатомических вскрытий пациентов, умерших от ОКС в первые сутки поступления в стационар	
9.4.1	Из них: число расхождений диагнозов	

**Форма ежемесячного отчета главного внештатного
 специалиста-кардиолога Ивановской области
 по маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом**

	Критерии	Кол-во
1	Количество пациентов, госпитализированных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST	
1.1	В стационары с возможностью проведения чрескожного вмешательства	
1.2	В стационары без возможности проведения чрескожного вмешательства	
2	У пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, поступивших в стационар до 12 часов от начала боли	
2.1	Среднее время симптом - звонок СМП	
2.2	Среднее время звонок СМП - баллон	
2.3	Среднее время симптом - баллон для пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, поступивших в стационар до 12 часов от начала боли, которым были выполнены экстренные (первичные) чрескожные коронарные вмешательства	
3	Количество выполненных экстренных чрескожных вмешательств	
3.1	Общее при с ИМ с подъемом сегмента ST	
3.2	Среди пациентов, поступивших в первые 12 часов от начала заболевания	
4	Количество пациентов, которым была проведена тромболитическая терапия	
4.1	На догоспитальном этапе	
4.2	На стационарном этапе	
5	Госпитальная летальность при ИМ	
5.1	В стационарах с возможностью проведения чрескожных вмешательств	
5.1.1	При ИМ с подъемом сегмента ST	
5.2	Летальность в первые сутки	
5.2.1	В стационарах без возможности проведения чрескожных вмешательств	
5.2.2	При ИМ с подъемом сегмента ST	
	Летальность в первые сутки:	
6	Анализ по отдельным стационарам	
6.1	По стационарам с возможностью проведения чрескожного вмешательства	

6.2	Количество пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST	
6.3	Количество выполненных экстренных вмешательств общее	
6.4	В течение первых 12 часов	
6.5	По стационарам без возможности проведения чрескожного вмешательства	
6.6	Количество пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST	
6.7	Количество пациентов, переведенных в стационары с возможностью проведения чрескожных вмешательств в течение первых 24 часов	