



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

от 17.06.2011 № 116-П
г. Саратов

Об оказании медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями

В целях совершенствования медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, реализации плана мероприятий по сокращению смертности от ишемической болезни сердца и цереброваскулярной болезни

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1 маршруты госпитализации:

1.1.1 больных с острым коронарным синдромом в первичные сосудистые отделения (приложение 1);

1.1.2 больных с острым нарушением мозгового кровообращения в первичные сосудистые отделения (приложение 2);

1.1.3 больных с острым коронарным синдромом в государственное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница» (далее - региональный сосудистый центр № 1) и государственное учреждение здравоохранения «Областной клинический кардиологический диспансер» (далее - региональный сосудистый центр № 2) (приложение 3);

1.1.4 больных с экстренной кардиологической патологией (кроме острого коронарного синдрома) жителей г. Саратова (приложение 4);

1.2 алгоритм выбора маршрутизации пациентов с болезнями системы кровообращения (приложение 5).

2. Руководителям медицинских организаций области, подведомственных министерству здравоохранения области, обеспечить:

2.1 координацию медицинской помощи больным с острой сосудистой патологией из прикрепленных территорий;

2.2 взаимодействие с региональными сосудистыми центрами;

2.3 дополнительную подготовку медицинских кадров, участвующих в оказании медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями;

2.4 предоставление информации по организации медицинской помощи больным с острыми сосудистыми заболеваниями по требованию руководителей региональных сосудистых центров;

2.5 обеспечить этапность и преемственность медицинской помощи больным с ишемической болезнью сердца в соответствии с порядками оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года № 918н, и больным с острым нарушением мозгового кровообращения в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года № 928н, выполнение стандартов медицинской помощи, утвержденных приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации;

2.6 организовать мероприятия по развитию системы информирования и повышения образовательного уровня прикрепленного на медицинское обслуживание населения по вопросам профилактики ишемической болезни сердца и цереброваскулярной болезни, обеспечив охват кампанией по мотивированию на ведение здорового образа жизни не менее 80% прикрепленного населения, в том числе:

2.6.1 подготовить и распространить через местные средства массовой информации, телевидение, информационные материалы по профилактике болезней органов кровообращения и по своевременному обращению за медицинской помощью при подозрении на острый коронарный синдром или острое нарушение мозгового кровообращения;

2.6.2 активизировать через участковую службу, через кабинеты (отделения) профилактики разъяснительную работу с населением по раннему обращению за медицинской помощью при подозрении на острый коронарный синдром или острое нарушение мозгового кровообращения;

2.7 усилить контроль за своевременным взятием на диспансерный учет больных с ишемической болезнью сердца и цереброваскулярной болезнью, обеспечив охват диспансеризацией больных с ишемической болезнью сердца не менее 80% от общего числа зарегистрированных больных с данным заболеванием; с цереброваскулярной болезнью - не менее 80% от общего числа зарегистрированных больных с данным заболеванием;

2.8 разработать на каждом терапевтическом участке индивидуальные планы диспансерного наблюдения за больными с ишемической болезнью сердца и цереброваскулярной болезнью, обеспечить контроль за выполнением плана и качеством диспансерного динамического наблюдения больных с ишемической болезнью сердца в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 года № 1344н «Об утверждении Порядка диспансерного наблюдения»;

2.9 обеспечить обучение в школах для больных не менее 40% больных, состоящих на диспансерном наблюдении с ишемической болезнью сердца и не менее 40% больных, состоящих на диспансерном наблюдении с цереброваскулярной болезнью;

2.10 обеспечить выполнение графика выездов врачебных бригад для оказания медицинской помощи жителям отдаленных территорий;

2.11 обеспечить госпитализацию пациентов с экстренной кардиальной патологией (кроме острого коронарного синдрома) (приложение 4);

2.12 обеспечить наблюдение пациентов согласно алгоритму выбора маршрутизации пациентов с болезнями системы кровообращения (приложение 5);

2.13 обеспечить наличие препаратов для тромболитической терапии для оказания медицинской помощи в стационаре и на этапе скорой медицинской помощи в соответствии с Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, необходимых для оказания стационарной медицинской помощи, медицинской помощи в дневных стационарах всех типов, а также скорой и неотложной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Саратовской области;

2.14 назначить ответственных за проведение тромболитической терапии, обеспечить обучение специалистов, оказывающих помощь больным с острым коронарным синдромом и ишемическим инсультом;

2.15 организовать в максимально короткие сроки медицинскую эвакуацию каждого больного с подозрением на острый коронарный синдром в период «терапевтического окна» в специализированное отделение стационара (приложение 1), с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения в специализированное отделение стационара (приложение 2);

2.16 обеспечить госпитализацию в стационар больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения в сроки менее 1 часа от начала заболевания - не менее 15% больных, в первые сутки от начала заболевания - не менее 60%;

2.17 обеспечить проведение тромболитической терапии в период «терапевтического окна» больным с острым коронарным синдромом с учетом рекомендуемого алгоритма действий перед проведением тромболитической терапии при ОКС (приложение № 6):

2.17.1 больным с острым коронарным синдромом - не менее 40% в период «терапевтического окна»;

2.17.2 больным с ишемическим инсультом - в соответствии с целевыми индикаторами;

2.18 использовать при оказании медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения рекомендуемые алгоритмы действий при выявлении больного с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения (приложение 7) и рекомендуемый алгоритм действий для определения показаний для госпитализации больных с ОКС в региональные сосудистые центры (приложение 8);

2.19 обеспечить при наличии медицинских показаний медицинскую эвакуацию бригадами скорой медицинской помощи больных с острым коронарным синдромом в региональные сосудистые центры с учетом маршрутов госпитализации (приложение 3);

2.20 обеспечить медицинскую эвакуацию больных с острым коронарным синдромом из первичных сосудистых отделений в региональный сосудистый центр № 1 или в региональный сосудистый центр № 2 с учетом рекомендуемого алгоритма действий для принятия решения для медицинской эвакуации больных с ОКС из ПСО в стационар с

возможностями проведения ЧКВ (приложение 9). Вопросы медицинской эвакуации больного в региональный сосудистый центр для больных с острым коронарным синдромом предварительно согласовывать по телефонам, указанным в приложении 3;

2.21 обеспечить медицинскую эвакуацию больных с острым нарушением мозгового кровообращения из первичных сосудистых отделений в региональный сосудистый центр № 1 в экстренном или плановом порядке с учетом примерных показаний к медицинской эвакуации (приложение 10);

2.22 обеспечить достоверность установления причин смерти от заболеваний органов кровообращения в соответствии с МКБ-10 с максимальным проведением патологоанатомических вскрытий, контролем качества оформления каждого медицинского свидетельства о смерти, проводить анализ каждого случая смерти;

2.23 организовать в медицинских организациях постоянно-действующие ежемесячные семинары для врачей первичного звена по вопросам выполнения стандартов медицинской помощи, диспансеризации, этапности и преемственности при оказании медицинской помощи больным с ишемической болезнью сердца и цереброваскулярной болезнью;

2.24 обеспечить постоянное повышение квалификации участковых терапевтов, врачей общей практики, кардиологов, в том числе с обязательным их участием в межрайонных и областных конференциях и семинарах, по вопросам оказания медицинской помощи больным с ишемической болезнью сердца и цереброваскулярной болезнью;

3. Признать утратившими силу следующие приказы министерства здравоохранения Саратовской области:

от 03 июля 2018 года № 95-п «О совершенствовании оказании медицинской помощи больным с болезнями органов кровообращения на территории Саратовской области»;

от 27 августа 2019 года № 129-п «О внесении изменения в приказ министерства здравоохранения Саратовской области от 03.07.2018 № 95-п»;

от 18 ноября 2019 года № 159-п «О внесении изменения в приказ министерства здравоохранения Саратовской области от 03.07.2018 № 95-п»;

от 25 мая 2020 года № 41-п «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Саратовской области от 03.07.2018 № 95-п».

4. Настоящий приказ подлежит официальному опубликованию в средствах массовой информации.

5. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Саратовской области А.М. Выкову.

Министр


О.Н. Костин

Приложение № 1 к приказу
 министерства здравоохранения
 Саратовской области
 от 07.06.2018 года № 116-12-

Маршруты госпитализации больных с острым коронарным синдромом (далее - ОКС) в первичные сосудистые отделения

№ п/п	Наименование территорий городского округа/муниципального района/городского, сельского поселения	Медицинская организация	Форма ОКС	День недели/ Часы госпитализации
1.	Саратовский, Новобурасский, Лысогорский, Красноармейский, Татищевский, Балтайский, Калининский, п. Светлый, Воскресенский (с. Елшанка, с. Чардым, с. Андреевка, с. Усовка, с. Коммуна, с. Славянка, с. Афанасьевка, с. Малая Ивановка, с. Черноморский, с. Софьино), Базарно-Карабулакский, (с. Алексеевка, с. Ивановка, р.п. Базарный Карабулак, с. Липовка, п. Свободный, с. Старые Бурасы, с. Тепляковка), Екатериновский	ГУЗ «ОКБ» контактные телефоны в рабочее время: 8-937-804-60-99, 8(8452)- 49 14 44 круглосуточно: 8(8452)-49-15-44 8(8452)-49-15-04	ОКС пST, ОКС бпST	круглосуточно
2.	г. Энгельс и Энгельсский район, Марксовский, Советский, Ровенский	ГАУЗ «ЭГБ № 2»	ОКС пST, ОКС бпST	круглосуточно

3.	Балаковский, Краснопартизанский, Духовницкий, Хвалынский, городской округ п. Михайловский	ГУЗ СО «БГКБ»	ОКС пST, ОКС бпST	ежедневно круглосуточно
4.	Пугачевский, Ивантеевский, Перелюбский	ГУЗ СО «Пугачевская РБ»	ОКС пST, ОКС бпST	ежедневно круглосуточно
5.	Балашовский, Романовский, Самойловский, Аркадакский, Турковский, Ртищевский	ГУЗ СО «Балашовская РБ»	ОКС пST, ОКС бпST	ежедневно круглосуточно
6.	Вольский, Воскресенский (кроме: с. Елшанка, с. Чардым, с. Андреевка, с. Усовка, с. Коммуна, с. Славянка, с. Афанасьевка, с. Малая Ивановка, с. Черноморский, с. Софьино), Базарно- Карабулакский, (кроме: с. Алексеевка, с. Ивановка, р.п. Базарный Карабулак, с. Липовка, п. Свободный, с. Старые Бурасы, с. Тепляковка), городской округ г. Шиханы	ГУЗ СО «Вольская РБ»	ОКС пST, ОКС бпST	ежедневно круглосуточно
7.	Петровский	ГУЗ СО «Петровская РБ»	ОКС пST, ОКС бпST	ежедневно круглосуточно
8.	Ершовский, Федоровский, Озинский, Дергачевский	ЧУЗ «РЖД-Медицина» г. Ершов»	ОКС пST, ОКС бпST	ежедневно круглосуточно

9.	Александрово-Гайский, Новоузенский, Питерский, Краснокутский, Аткарский	ГУЗ «ОККД» (РСЦ № 2) (г. Саратов, ул.53 Стрелковой дивизии здание 8)	ОКС пST, ОКС бпST	ежедневно круглосуточно
	г. Саратов: Волжский район, Фрунзенский район, Ленинский район, Октябрьский район, Кировский район	ГУЗ «ОККД» (РСЦ № 2) (г. Саратов, ул.53 Стрелковой дивизии, здание 8)	ОКС пST	ежедневно круглосуточно
10.	Заводской район	ГУЗ «ОККД» (РСЦ № 2) г. Саратов, ул. Крымская, здание 16 (кардиохирургия)	ОКС пST	ежедневно круглосуточно
11.	Заводской район	ГУЗ «ОККД» г. Саратов, ул. Крымская, здание 15, строение 1	ОКС бпST	ежедневно круглосуточно
12.	Октябрьский, Волжский, Фрунзенский районы г.Саратова	ГУЗ «СГКБ № 1 им. Ю.Я. Гордеева»	ОКС бпST	ежедневно круглосуточно
13.	Кировский, Ленинский районы г. Саратова	ГУЗ «СГКБ № 8»	ОКС бпST	ежедневно круглосуточно

Приложение № 2 к приказу
 министерства здравоохранения
 Саратовской области
 от 07.06.2019 года № 116-12

Маршруты госпитализации больных с острым нарушением мозгового кровообращения в первичные сосудистые отделения

Наименование территорий городского округа/ муниципального района/ городского, сельского поселения	Медицинская организация	День недели	Часы госпитализации
Аткарский, Балтайский, Саратовский, Новобурасский, Лысогорский, Красноармейский, Калининский, Татищевский, п. Светлый, Воскресенский: (с. Елшанка, с. Чардым, с. Андреевка, с. Усовка, с. Коммуна, с. Славянка, с. Афанасьевка, с. Малая Ивановка, с. Черноморский, с. Софьино), Базарно-Карабулакский: (с. Алексеевка, с. Ивановка, р.п. Б.Карабулак, с. Липовка, п. Свободный, с. Старые Бурасы, с. Тепляковка)	ГУЗ «ОКБ», контактные телефоны для согласования госпитализации в рабочее время: 8-937-804-60-99, 8-(8452-49-14-69, круглосуточно: 8-8452-49-15-44; 8-8452-49-15-04	ежедневно	круглосуточно
г. Энгельс, Энгельсский район, Марксовский, Советский, Ровенский	ГАУЗ «ЭГБ № 2»	ежедневно	круглосуточно
Балаковский, Краснопартизанский, Духовницкий, Хвалынский, городской округ, п. Михайловский	ГУЗ СО «БГКБ»	ежедневно	круглосуточно

Пугачевский, Ивантеевский, Перелобский	ГУЗ СО «Пугачевская РБ»	ежедневно	круглосуточно
Ртищевский	ГУЗ СО «Ртищевская РБ»	ежедневно	круглосуточно
Балашовский, Романовский, Самойловский, Аркадакский, Турковский	ГУЗ СО «Балашовская РБ»	ежедневно	круглосуточно
Вольский, Базарно-Карабулакский (кроме: с. Алексеевка, с. Ивановка, р.п. Б.Карабулак, с. Липовка, п. Свободный, с. Старые Бурасы, с. Тепляковка) Воскресенский (кроме: с. Елшанка, с. Чардым, с. Андреевка, с. Усовка, с. Коммуна, с. Славянка, с. Афанасьевка, с. Малая Ивановка, с. Черноморский, с. Софьино), городской округ г. Шиханы	ГУЗ СО «Вольская РБ»	ежедневно	круглосуточно
Петровский, Екатериновский, Аткарский	ГУЗ СО «Петровская РБ»	ежедневно	круглосуточно
Ленинский, Волжский, Фрунзенский районы г. Саратова, Саратовский район	ГУЗ «СГКБ № 6 имени академика В.Н. Кошелева»	вторник пятница воскресенье	круглосуточно
Заводской район г. Саратова	ГУЗ «ОККД»	ежедневно	круглосуточно
Ленинский, Волжский, Фрунзенский районы г. Саратова	ГУЗ «СГКБ № 9»	понедельник среда четверг суббота	круглосуточно
Октябрьский, Кировский районы г. Саратова	ГУЗ «СГКБ № 1 им. Ю.Я.Гордеева»	ежедневно	круглосуточно
Ершовский, Федоровский, Озинский, Дергачевский	ЧУЗ «РЖД-Медицина» г. Ершов»	ежедневно	круглосуточно»

Приложение № 3 к приказу
 министерства здравоохранения
 Саратовской области
 от 17.06.2014 года № 116-Р

**Маршруты госпитализации (переводов) больных
 с острым коронарным синдромом
 из первичных сосудистых отделений (далее - ПСО)
 в региональные сосудистые центры (далее - РСЦ)**

Медицинская организация	Прикрепленный муниципальный район для госпитализации больных с ОКС	Прикрепленное ПСО для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи
Региональный сосудистый центр № 1 ГУЗ «ОКБ»	Балтайский, Саратовский, Новобурасский, Лысогорский, Красноармейский, Калининский, Татищевский, п. Светлый, Воскресенский (с. Елшанка, с. Чардым, с. Андреевка, с. Усовка, с. Коммуна, с. Славянка, с. Афанасьевка, с. Малая Ивановка, с. Черноморский, с. Софьино), Базарно-Карабулакский (с. Алексеевка, с. Ивановка, р.п. Б.Карабулак, с. Липовка, п. Свободный, с. Старые Бурасы, с. Тепляковка)	ПСО ГУЗ СО «Балашовская РБ» ПСО ГУЗ СО «Петровская РБ» ПСО ГУЗ СО «БКГБ»
Региональный сосудистый центр № 2 для больных с острым коронарным синдромом ГУЗ «ОККД»	г. Саратов	ГУЗ СО «Пугачевская РБ» ГУЗ СО «Вольская РБ» ГАУЗ «ЭГБ № 2» ЧУЗ «РЖД-Медицина» г. Ершов» ГУЗ «СГКБ № 1 им. Ю.Я.Гордеева» ГУЗ «СГКБ № 8»

**Процедуры при взаимодействии
по вопросам госпитализации (переводов) больных
с острым и повторным инфарктом миокарда
в ГУЗ «ОККД» - РСЦ № 2, ГУЗ «ОКБ» - РСЦ № 1**

При выявлении пациента, имеющего медицинские показания для проведения ЧКВ, врач бригады скорой медицинской помощи согласовывает госпитализацию с дежурным кардиореаниматологом ГУЗ «ОККД» по телефону: 8-987-350-37-00, круглосуточно.

Дополнительные контактные телефоны в рабочее время:

8-927-168-49-16;

8-906-149-82-52.

При выявлении пациента, имеющего медицинские показания для госпитализации в ГУЗ «ОКБ»:

в рабочее время - контактные телефоны: 8-937-804-60-99, 8(8452)-49-14-44;

круглосуточно - отделение плановой и экстренной консультативной помощи ГУЗ «Областная клиническая больница» - 8(8452)49-15-04, 8(8452)-49-15-44.

Приложение № 4 к приказу
министерства здравоохранения
Саратовской области
от 17.06.2011 года № 146-12

**Маршруты госпитализации больных
с экстренной кардиологической патологией
(кроме острого коронарного синдрома) жителей г. Саратова
(круглосуточно)**

Наименование территорий городского округа/ муниципального района/городского, сельского поселения	Медицинская организация	Дни недели/ часы госпитализации
Ленинский район г. Саратова	ГУЗ «СГКБ № 8»	ежедневно
Октябрьский район, Волжский район, Фрунзенский район г. Саратова	ГУЗ «СГКБ № 1 им. Ю.Я. Гордеева»	ежедневно
Заводской район г. Саратова	ГУЗ «ОККД» г. Саратов, ул. Крымская, здание 15, строение 1	ежедневно
Кировский район г. Саратова	ГУЗ «ОККД» г. Саратов, ул. Крымская, здание 15, строение 1	среда, воскресенье
	Университетская клиническая больница № 1 им. С.Р. Миротворцева (по согласованию)	вторник, четверг, суббота
	ГУЗ «СГКБ № 8»	понедельник пятница

Приложение № 5 к приказу
 министерства здравоохранения
 Саратовской области
 от 12.12.2011 года № 46-2

Алгоритм выбора маршрутизации пациентов с болезнями системы кровообращения

№	Диагноз	Маршрутизация
1	Артериальная гипертензия (АГ) впервые выявленная 1 степени	обследование в поликлинике по месту жительства; коррекция артериального давления
2	Артериальная гипертензия (АГ) впервые выявленная 2 степени	обследование в стационаре по месту жительства на терапевтической койке; коррекция АД и оценка поражения органов мишеней
3	Артериальная гипертензия (АГ) впервые выявленная 2 – 3 степени осложненная (с поражением органов-мишеней)	обследование на специализированной кардиологической койке; подбор терапии; контроль и диспансеризация по месту жительства
4	1. Артериальная гипертензия (АГ) в стадии обострения (нежизнеугрожающее повышение АД) 2. Подозрение на симптоматическую АГ (проведение дообследования) 3. Жизнеугрожающее повышение АД (гипертонический криз) 4. Рефрактерная АГ 5. По направлению райвоенкомата	лечение по месту жительства на терапевтической или кардиологической койке
5	Артериальная гипертензия (АГ) неясного генеза, с некорректируемым уровнем АД	консультация специалистов ГУЗ «ОКБ», ГУЗ «ОККД», при наличии медицинских показаний - госпитализация; лечение по месту жительства на терапевтической или кардиологической койке
6	ИБС с нарушением ритма: экстрасистолия суправентрикулярная и желудочковая нечастая (в т.ч. политопная, полиморфная)	лечение амбулаторно по месту жительства
7	ИБС с нарушением ритма: частая (в т.ч. политопная, полиморфная суправентрикулярная и желудочковая экстрасистолия)	наблюдение кардиолога по месту жительства; консультация специалистов ГУЗ «ОККД»; при необходимости в хирургической коррекции – госпитализация в ГУЗ «ОККД»
8	Впервые возникший пароксизм суправентрикулярной тахикардии, фибрилляции предсердий, желудочковой тахикардии с гемодинамическими нарушениями, нуждающимися в хирургической коррекции	лечение на кардиологической или терапевтической койке по месту жительства; консультация в ГУЗ «ОККД», при наличии медицинских показаний - госпитализация
9	Впервые возникший пароксизм суправентрикулярной,	лечение по месту жительства на кардиологической или терапевтической койке

	наджелудочковой тахикардии, фибрилляции предсердий с гемодинамическими нарушениями, не нуждающимися в хирургической коррекции	
10	ИБС. Стенокардия стабильная	лечение в поликлинике по месту жительства; лечение по месту жительства на кардиологической койке; проведение коронароангиографии в РСЦ
11	Хроническая сердечная недостаточность 1 стадия. Бессимптомна дисфункция левого желудочка (соответствует 1 ст. ХСН)	наблюдение по месту жительства амбулаторно; лечение по месту жительства на терапевтической или кардиологической койке
12	ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. ХСН 2 ст. Адаптивное ремоделирование левого желудочка (соответствует 2А ст. ХСН)	наблюдение по месту жительства амбулаторно; лечение по месту жительства на терапевтической или кардиологической койке; консультация специалистов ГУЗ «ОКБ», ГУЗ «ОККД»; при наличии медицинских показаний - госпитализация
13	ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. ХСН 3 ст. Деадаптивное ремоделирование левого желудочка (соответствует 2Б ст.) ХСН	наблюдение по месту жительства амбулаторно; лечение по месту жительства на терапевтической или кардиологической койке; консультация специалистов ГУЗ «ОКБ»; ГУЗ «ОККД»; при наличии медицинских показаний - госпитализация
14	Кардиомиопатия (дилатационный, гипертрофический и рестриктивный фенотипы), недифференцированная форма кардиомиопатии	наблюдение по месту жительства амбулаторно; лечение по месту жительства на терапевтической или кардиологической койке; консультация специалистов ГУЗ «ОККД» для решения вопроса о трансплантации, при необходимости - госпитализация
15	Миокардит	лечение по месту жительства на кардиологической койке; консультация специалистов ГУЗ «ОКБ», ГУЗ «ОККД»
16	Врожденный порок сердца, приобретенный порок сердца	Консультация кардиохирурга ГУЗ «ОККД», при необходимости - госпитализация для решения вопроса о хирургическом лечении; лечение по месту жительства на терапевтической койке
17	Легочное сердце и нарушения легочного кровообращения ТЭЛА или подозрение на ТЭЛА	лечение по месту жительства на кардиологической койке; консультация специалистов ГУЗ «ОККД»
18	Декомпенсация хронического легочного сердца	лечение по месту жительства на терапевтической койке

Рекомендуемый алгоритм действий перед проведением тромболитической терапии (далее - ТЛТ) при ОКС

I. Показания к проведению ТЛТ при ОКС

В качестве показаний к проведению ТЛТ при ОКС следует рассматривать следующие состояния:

подъем сегмента ST на 1 мм в 2-х отведениях от конечностей в сочетании с болевым синдромом в первые 12 часов после начала ангинозного приступа;

подъем сегмента ST на 2 мм в 2-х и более последовательных грудных отведениях в сочетании с болевым синдромом в первые 12 часов после начала ангинозного приступа;

острая блокада левой ножки пучка Гиса в первые 12 часов после начала ангинозного приступа.

II. Относительные противопоказания к проведению ТЛТ при ОКС

В качестве относительных противопоказаний к проведению ТЛТ при ОКС следует рассматривать следующие состояния:

транзиторная ишемическая атака в течение последних 6 месяцев;

артериальная гипертензия равно или более 180/110 мм рт.ст. (ТЛТ проводится после нормализации показателей гемодинамики);

язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки в фазе обострения, доказанная ФГДС или медицинскими документами;

хирургические вмешательства в течение последних 3 недель;

реанимационные мероприятия длительностью более 10 минут;

пункция магистральных сосудов в течение последнего месяца;

тромбоз глубоких вен нижних конечностей;

острый перикардит;

инфекционный эндокардит;

печеночная недостаточность;

беременность;

стрептококковая инфекция в течение последних 3 месяцев;

прием непрямых антикоагулянтов.

III. Абсолютные противопоказания к проведению ТЛТ при ОКС

В качестве абсолютных противопоказаний к проведению ТЛТ при ОКС следует рассматривать следующие состояния:

геморрагический инсульт в анамнезе;

ишемический инсульт в течение последних 6 месяцев;

кровотечения, геморрагические диатезы;

черепно-мозговая травма или нейрохирургическое вмешательство на головном или спинном мозге в течение последних 3 недель. Недавнее (до 1 месяца) кровотечение из желудочно-кишечного тракта или мочеполовых путей;
подозрение на расслаивающую аневризму аорты;
злокачественные новообразования.

IV. Рекомендации по применению тромболитических препаратов

Тромболитическая терапия должна быть начата в ближайшие 30 минут после прибытия бригады скорой медицинской помощи (далее – СМП);

тенектеплаза: в/в болюсно в расчете на массу тела (далее - МТ) больного: 30 мг при МТ < 60 кг, 35 мг при 60-70 кг, 40 мг при 70-80 кг, 45 мг при 80-90 кг, 50 мг при МТ > 90 кг). Возраст > 75 лет – 50% дозы! Применяется в сочетании с АСК, клопидогрелом и антикоагулянтами прямого действия;

атлтеплаза: в/в 1 мг/кг МТ (но не более 100 мг): болюс 15 мг; последующая инфузия 0,75 мг/кг МТ за 30 мин (но не более 50 мг), затем: 0,5 мг/кг (но не более 35 мг) за 60 мин (общая продолжительность инфузии 1,5 ч.), применяется в сочетании с АСК, клопидогрелом и антикоагулянтами прямого действия;

проурокиназа: в/в болюс 2000000 МВ и последующая инфузия 4000000 МЕ в течение 30-60 мин., применяется в сочетании с АСК, клопидогрелом и НФГ.

**Рекомендуемые алгоритмы действий
при выявлении больного с острым коронарным синдромом
и острым нарушением мозгового кровообращения**

**I. Рекомендуемый алгоритм действий фельдшера СМП при выявлении
острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST (ОКСпST)**

1. Осмотр больного, сбор анамнеза - 5 минут.
2. Регистрация ЭКГ - 5 минут.
3. Установление предварительного диагноза - 3 минуты.
4. Купирование болевого синдрома - немедленно:
наркотические анальгетики внутривенно медленно, дробно (препарат
выбора - морфин в дозе 2-4 мг + 2-8 мг каждые 5-15 минут и ml 4-8 мг + 2 мг
каждые 5 минут или по 3-5 мг до купирования боли);
нитроглицерин внутривенно капельно в дозе 10-200 мкг/мин
(критерий эффективности - снижение САД на 10-15%);
при отсутствии возможности капельного введения нитратов -
нитроглицерин сублингвально в дозе 0,4 мг или нитроглицериновый спрей.
5. Дезагреганты (ацетилсалициловая кислота - 250 мг разжевать,
клопидогрель - 300 мг внутрь). Возможно применение других антиагрегантов
(тикагрелор 180 мг 2 таблетки) - немедленно. При проведении
тромболитической терапии тикагрелор не назначать, нагрузочная доза только
клопидогрель 300мг.
6. Антикоагулянты (низкомолекулярный гепарин из расчета на массу
тела внутривенно) - немедленно.
7. Тромболитическая терапия на догоспитальном этапе при
возможности мониторингового контроля за ритмом сердца и проведения
электрической кардиоверсии (тенектеплаза (метализе) в/в болюсно в расчете
на массу тела (МТ) больного: 30 мг при МТ < 60 кг, 35 мг при 60-70 кг, 40 мг
при 70- 80 кг, 45 мг при 80-90 кг, 50 мг при МТ > 90 кг) - немедленно.
Старше 75 лет - 50% терапевтической дозы.
Фортелизин 15мг в/в болюсно медленно.
8. Симптоматическая терапия осложнений - нарушения ритма,
кардиогенный шок, артериальная гипертензия и т.д. - до прибытия врачебной
бригады.
9. При асистолии или фибрилляции желудочков - проведение
сердечно-легочной реанимации - немедленно.
10. Организация медицинской эвакуации пациента в
специализированные медицинские организации, обеспечивающие
проведение рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения при
ОКСпST в соответствии с зонами ответственности (для проведения
первичного ЧКВ) - 5 минут.

II. Рекомендуемый алгоритм действий врача СМП при выявлении острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST (ОКСпST)

1. Осмотр больного, сбор анамнеза - 5 минут.
2. Регистрация ЭКГ - 5 минут.
3. Установление предварительного диагноза - 3 минуты.
4. Купирование болевого синдрома - немедленно:

наркотические анальгетики внутривенно медленно, дробно (препарат выбора - морфин в дозе 2-4 мг + 2-8 мг каждые 5-15 минут или 4-8 мг + 2 мг каждые 5 минут или по 3-5 мг до купирования боли);

нитроглицерин внутривенно капельно в дозе 10-200 мкг/мин (критерий эффективности - снижение САД на 10-15%);

при отсутствии возможности капельного введения нитратов - нитроглицерин сублингвально в дозе 0,4 мг или нитроглицериновый спрей.

5. Дезагреганты (ацетилсалициловая кислота - 250 мг разжевать, клопидогрель - 300 мг внутрь). Возможно применение других антиагрегантов (prasugrel - 60 мг или тикагрелор 180 мг внутрь - немедленно).

6. Антикоагулянты (низкомолекулярный гепарин из расчета на массу тела внутривенно) - немедленно.

Тромболитическая терапия на догоспитальном этапе (тенектеплаза в/в болюсно в расчете на массу тела (МТ) больного: 30 мг при МТ < 60 кг, 35 мг при 60-70 кг, 40 мг при 70-80 кг, 45 мг при 80-90 кг, 50 мг при МТ > 90 кг) или актилизе в/в 1 мг/кг МТ (но не более 100 мг): болюс 15 мг; последующая инфузия 0,75 мг/кг МТ за 30 мин (но не более 50 мг), затем 0,5 мг/кг (но не более 35 мг) за 60 мин (общая продолжительность инфузии 1,5 ч).

При назначении через 6-12 ч с момента появления симптомов - 10 мг в/в струйно, затем в виде инфузии 50 мг в течение первых 60 мин и далее по 10 мг каждые 30 мин до общей дозы 100 мг за 3 ч. У пациентов с массой тела менее 65 кг общая доза не должна превышать 1,5 мг/кг.) или Пууролаза - в/в: болюс 2000000 МЕ и последующая инфузия 6000000 МЕ в течение 30-60 мин.) - немедленно.

Симптоматическая терапия осложнений - нарушения ритма, кардиогенный шок, артериальная гипертензия и т.д. - до госпитализации в стационар.

При асистолии или фибрилляции желудочков - проведение сердечно-легочной реанимации - немедленно.

Организация медицинской эвакуации пациента в специализированные медицинские организации, обеспечивающие проведение рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения при ОКСпST в соответствии с зонами ответственности (для проведения первичного ЧКВ) - 5 минут.

III. Рекомендуемый алгоритм действий

на догоспитальном этапе при выявлении острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST (ОКСбпST) для бригад СМП

1. Осмотр больного, сбор анамнеза - 5 минут.
2. Регистрация ЭКГ - 5 минут.
3. Установление предварительного диагноза - 3 минуты.

4. Купирование болевого синдрома (при неэффективности сублингвального приема нитратов - наркотические анальгетики внутривенно; препарат выбора - морфин) - немедленно.

5. Прием дезагрегантов (ацетилсалициловая кислота - 250 мг разжевать, клопидогрель 300 мг перорально) - немедленно.

6. Введение антикоагулянтов (нефракционированный гепарин 5000 ед. либо низкомолекулярный гепарин в расчете на массу тела внутривенно, либо 2,5 мг фондапаринукса подкожно) - немедленно.

7. Симптоматическая терапия осложнений - нарушения ритма, артериальная гипертензия и т.д. - до госпитализации в стационар.

8. Организация медицинской эвакуации пациента на кардиологические койки первичных сосудистых отделений (ПСО) и региональных сосудистых центров (РСЦ 1, РСЦ 2) в соответствии с зонами ответственности, схемами маршрутизации (согласно приложениям № 1, 2 к настоящему приказу) для планирования и проведения в дальнейшем отсроченного ЧКВ при ОКСбпСТ.

IV. Рекомендуемый алгоритм действий

врача поликлиники при выявлении острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST (ОКСпST)

1. Осмотр больного, сбор анамнеза - 5 минут.

2. Регистрация ЭКГ - 5 минут.

3. Установление предварительного диагноза - 3 минуты.

4. Купирование болевого синдрома - немедленно:

наркотические анальгетики внутривенно медленно дробно (препарат выбора - морфин в дозе 2-4 мг + 2-8 мг каждые 5-15 минут или 4-8 мг + 2 мг каждые 5 минут или по 3-5 мг до купирования боли);

нитроглицерин внутривенно капельно в дозе 10-200 мкг/мин (критерий эффективности - снижение САД на 10-15%);

при отсутствии возможности капельного введения нитратов - нитроглицерин сублингвально в дозе 0,4 мг или нитроглицериновый спрей.

5. Вызов врачебной бригады СМП для проведения медицинской эвакуации.

6. Дезагреганты (ацетилсалициловая кислота - 250 мг разжевать).

7. Возможно применение других антиагрегантов (табл. клопидогрель 300 мг или табл. тикагрелор 180 мг внутрь) - немедленно.

8. Антикоагулянты (низкомолекулярный гепарин из расчета на массу 0,1/10 кг массы тела внутривенно) - немедленно.

9. Симптоматическая терапия осложнений - нарушения сердечного ритма, кардиогенный шок, артериальная гипертензия и т.д. - до прибытия бригады СМП.

10. При асистолии или фибрилляции желудочков - проведение сердечно-легочной реанимации - немедленно.

11. Организация медицинской эвакуации пациента в специализированные медицинские организации, обеспечивающие проведение рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения при ОКСпST в

соответствии с зонами ответственности (для проведения первичного ЧКВ) - 5 минут.

V. Рекомендуемый алгоритм действий врача (фельдшера) СМП при выявлении острого нарушения мозгового кровообращения

1. Скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь, пациентам с ОНМК оказывается выездными врачебными или фельдшерскими бригадами скорой медицинской помощи, в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года № 928н и от 5 июля 2016 года № 466н.

2. Бригада скорой медицинской помощи при выявлении острого нарушения мозгового кровообращения должна:

оценить уровень сознания;

при ясном сознании оценить неврологический дефицит по шкале LAMS (Лос-Анджелесская шкала моторного дефицита);

уточнить время начала заболевания.

Проведение других диагностических или лечебных мероприятий не должно задерживать медицинскую эвакуацию пациента в стационар.

Медицинская эвакуация пациента с признаками ОНМК осуществляется первой бригадой скорой медицинской помощи, прибывшей на вызов.

3. Бригада скорой медицинской помощи во время медицинской эвакуации:

обеспечивает коррекцию жизненно важных функций больного;

транспортирует больного с любой степенью тяжести в положении лежа с приподнятым на 30 градусов изголовьем носилок;

предварительно оповещает медицинскую организацию о поступлении пациента с признаками ОНМК, с указанием приблизительного времени поступления.

4. При выявлении пациента, имеющего сумму баллов LAMS > 4 и сроки начала заболевания < 4 часов, в обязательном порядке сообщать заведующему отделением ОНМК ГУЗ «ОКБ» в рабочее время по телефону +79063075802 для оценки возможности проведения рентгенхирургических методов диагностики и лечения.

5. Шкала догоспитальной оценки тяжести инсульта (LAMS):

5.1 оценка лицевой мускулатуры:

попросить пациента показать зубы, поднять брови, закрыть глаза, зажмурить глаза. Допускается демонстрация данных команд врачом. Оценить симметричность гримасы в ответ на болевой стимул у пациентов, которые не могут понять медицинского работника (при речевых расстройствах):

0 баллов - нет асимметрии или минимальная асимметрия лица;

1 балл - частичный или полный паралич мимической мускулатуры в нижней трети лица с одной стороны или полное отсутствие движений мимической мускулатуры в верхних и нижних отделах лица с одной стороны;

5.2 удержание рук:

руки следует вытянуть под углом 90° (если пациент сидит) или 45° (если пациент лежит на спине), допускается - демонстрация выполнения приема врачом для пациентов с афазией, не допускается - нанесение болевых стимулов:

0 баллов - руки удерживаются под углом 90° или 45° без малейшего опускания;

1 балл - одна рука медленно опускается, но производит некоторое сопротивление силе тяжести;

2 балла - рука быстро падает без сопротивления силе тяжести;

5.3 сжатие кисти в кулак:

попросить пациента плотно сжать указательный и средний пальцы в кулаке, оценить силу сжатия с двух сторон:

0 баллов - сжимает симметрично, сила не снижена;

1 балл - с одной стороны сжимает слабее;

2 балла - не сжимает, движения в кисти отсутствуют или имеют место минимальные движения.

5.4 сумма баллов: от 0 до 5.

При угнетении уровня сознания до сопора или комы балл по шкале LAMS не определяется. Вместо этого указывается степень угнетения сознания (сопор или кома).

**Рекомендуемый алгоритм действий
для определения показаний для госпитализации больных
с ОКС в региональные сосудистые центры**

**I. Показания к госпитализации больных с ОКС в региональные
сосудистые центры (для бригад скорой медицинской помощи)**

1. Больные с болевым синдромом и с подъемом сегмента ST на ЭКГ или впервые выявленной блокадой левой ножки п. Гиса, если тромболитическая терапия (ТЛТ) противопоказана или невыполнима в случае обеспечения доставки пациента в стационар в первые 24 часа от начала развития болевого синдрома.

2. Больные с болевым синдромом и с подъемом сегмента ST на ЭКГ, если проведенная ТЛТ неэффективна в случае обеспечения доставки пациента в лечебное учреждение в первые 24 часа от начала развития ОКС СП ST.

3. Больные с болевым синдромом и с подъемом сегмента ST на ЭКГ, если ТЛТ эффективна, для проведения ЧКВ в течение 24 часов.

4. Больные с рецидивирующим болевым синдромом при наличии депрессии ST больше 2 мм более чем в 2-х смежных отведениях.

5. Больные с типичным болевым синдромом и впервые возникшей блокадой правой ножки пучка Гиса как эквивалент клинических симптомов при впервые выявленной блокаде левой ножки пучка Гиса.

II. Ограничения для проведения первичного ЧКВ

В качестве ограничений для проведения первичного ЧКВ следует рассматривать следующие состояния и события:

декомпенсированная соматическая патология (терминальная почечная и печеночная недостаточность, признаки продолжающегося кровотечения);

онкологические заболевания в стадии метастазирования (III-IV ст., подтвержденные документально);

активные формы туберкулеза (подтвержденные документально);

острые инфекционные процессы;

психические заболевания с дефектом личности;

кома неясного генеза;

отказ пациента от лечения (проведения коронароангиографии и ЧКВ).

**Рекомендуемый алгоритм действий для принятия решения
для медицинской эвакуации больных с ОКС из ПСО
в стационар с возможностями проведения ЧКВ**

**I. Показания для организации экстренной медицинской
эвакуации больных с ОКС из ПСО и специализированных
отделений в региональные сосудистые центры**

В качестве показаний для организации экстренной медицинской эвакуации больных с ОКС из ПСО и специализированных отделений в региональные сосудистые центры следует рассматривать следующие состояния и события:

1. ОКСспST или впервые выявленная блокада левой ножки п. Гиса, если ТЛТ противопоказана или невыполнима в случае обеспечения доставки пациента в стационар в первые 24 часа от начала развития болевого синдрома;

2. ОКСспST, если проведенная ТЛТ неэффективна в случае обеспечения доставки пациента в РСЦ в первые 24 часа от начала развития ОКСспST;

3. ОКСбпST при рецидивирующем характере ангинозных болей при наличии депрессии сегмента ST > 2 мм более чем в двух смежных отведениях и/или положительного теста на тропонин:

ОКС, осложненный жизнеугрожающими нарушениями ритма и проводимости;

ОКСспST, если тромболитическая терапия эффективна для осуществления фармако-инвазивного подхода (коронарография должна быть выполнена в течение 24 часов от начала ТЛТ);

ОКСспST, осложненный отеком легких, кардиогенным шоком.

**II. Ограничения (противопоказания) для организации
экстренной медицинской эвакуации больных с ОКС
в стационар с возможностями проведения ЧКВ**

1. В качестве ограничений (противопоказаний) для организации экстренной медицинской эвакуации больных с ОКС в стационар с возможностями проведения ЧКВ следует рассматривать следующие состояния и события:

декомпенсированная соматическая патология (почечная и печеночная недостаточность, острый панкреатит, геморрагические заболевания, анемия средней и тяжелой степени, язвенные поражения желудочно-кишечного тракта в стадии обострения, признаки продолжающегося кровотечения, хроническая сердечная недостаточность 3 стадии);

онкологические заболевания в стадии метастазирования (III-IV ст., подтвержденная документально);

активные формы туберкулеза;

острые инфекционные процессы;

психические заболевания с дефектом личности;

деменция;

кома;

отказ от лечения (проведение коронароангиографии и ЧКВ).

2. При наличии хотя бы одного противопоказания для проведения ЧКВ пациент госпитализируется в первичные сосудистые отделения (региональные сосудистые центры) по территориальному принципу.

III. Выбор стратегии ведения пациентов с ОКСбпСТ в соответствии с первоначальной стратификацией риска неблагоприятного исхода

1. Для стратификации риска неблагоприятного исхода и выбора дальнейшей стратегии ведения всем пациентам с ОКСбпСТ, поступивших в ПСО, рекомендуется осуществлять совокупную оценку анамнеза, клинических данных, ЭКГ, ЭхоКГ, результатов исследования уровня сердечного тропонина I или T в крови, функции почек (pСКФ), оценку риска госпитальной летальности по шкале GRACE.

2. Выбор дальнейшей стратегии ведения пациента с ОКСбпСТ проводится в соответствии с первоначальной стратификацией риска:

2.1 при выявлении пациентов очень высокого риска:

нестабильность гемодинамики или кардиогенный шок;

продолжающаяся или повторяющаяся боль в грудной клетке, рефрактерная к медикаментозному лечению;

угрожающие жизни аритмии или остановка кровообращения;

механические осложнения острого инфаркта миокарда (разрыв свободной стенки левого желудочка, разрыв межжелудочковой перегородки, разрыв папиллярных мышц или хорд створок митрального клапана);

острая сердечная недостаточность;

повторяющиеся динамические смещения сегмента ST или изменения зубца T, особенно с преходящим подъемом сегмента ST показана экстренная инвазивная стратегия (< 2 часов);

2.2 при выявлении пациентов высокого риска:

подъем или снижение концентрации сердечного тропонина в крови, соответствующие критериям инфаркта миокарда;

динамические изменения сегмента ST-T (с симптомами или бессимптомные);

сумма баллов по шкале GRACE > 140 баллов показана ранняя инвазивная стратегия (< 24 часов);

2.3 при выявлении пациентов умеренного (промежуточного) риска:

сахарный диабет;

почечная недостаточность (pСКФ < 60 мл/мин/1,73 м²);

ФВ ЛЖ < 40% или застойная сердечная недостаточность;

ранняя постинфарктная стенокардия;
предшествующие ЧКВ и операция коронарного шунтирования;
сумма баллов по шкале GRACE от 109 до 140 баллов показана инвазивная стратегия (< 72 часов);

2.4 при выявлении пациентов низкого риска (отсутствие указанных выше критериев) проведение коронароангиографии показано после выявления ишемии миокарда при проведении нагрузочных тестов.

3. Перевод больных из первичных сосудистых отделений (ПСО) в региональные сосудистые центры (РСЦ) № 1, 2 для проведения инвазивной стратегии лечения ОКСбпST осуществляется по согласованию с дежурным администратором круглосуточно по следующим телефонам:

телефон дежурного администратора ГУЗ «ОККД» 8-987-350-37-00, круглосуточно;

телефон дежурного администратора ГУЗ «ОКБ» 8(8452)49-15-04; 8(8452)49-15-44.

4. При выявлении у пациентов с ОКС, находящихся на лечении в ПСО, показаний для проведения экстренного АКШ решение о переводе в ГУЗ «ОККД» принимается дежурным кардиохирургом круглосуточно по тел. 8-987-321-00-57.

Приложение № 10 к приказу
министерства здравоохранения
Саратовской области

от 17.06.2021 года № 1/6-12-

**Примерные показания к медицинской эвакуации больных
с острым нарушением мозгового кровообращения из первичных
сосудистых отделений в региональный сосудистый центр № 1
в экстренном или плановом порядке**

1. Больной направляется в экстренном порядке:
при подозрении на внутримозговое кровоизлияние с формированием
гематомы.

2. Больной направляется в плановом порядке для проведения
вторичной хирургической профилактики острого нарушения мозгового
кровообращения:

при подозрении на хроническую аневризму сосудов головного мозга;

при подозрении на артерио-венозную мальформацию сосудов
головного мозга;

при стенозе брахиоцефальных артерий более 60%, выявленном при
дуплексном исследовании в первичных сосудистых отделениях.

Контактные телефоны ГУЗ «Областная клиническая больница»:

в рабочее время: 8(8452)49-14-44;

8937-804-60-99;

8(8452)49-14-52;

круглосуточно: отделение плановой и экстренной консультативной
помощи ГУЗ «Областная клиническая больница» - 8(8452)49-15-04;
8(8452)49-15-44.