

**БУ РК «Октябрьская РБ»
П Р И К А З №76 – п**

от 01.03.2023 г.

п. Большой Царын

«Об организации оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом в Октябрьском районе Республики Калмыкия»

В целях совершенствования системы оказания неотложной специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в Республике Калмыкия, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 года №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации и во исполнении приказа министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 года (ред. От 21.02.2010 года) №918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно – сосудистыми заболеваниями», Приказа Министерства здравоохранения Республики Калмыкия №120пр от 31.01.2023 года «Об организации оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом в Республики Калмыкия»

П Р И К А З Ы В А Ю:

Утвердить:

- 1.1. Схему маршрутизации больных с ОКС с подъемом ST и впервые возникшей Блокадой левой ножки пучка Гиса согласно приложению 1 к настоящему приказу.
- 1.2. Схему маршрутизации больных с ОКС без подъема ST согласно приложению 2 к настоящему приказу.
- 1.3. Алгоритм определения показаний и проведения тромболитической терапии при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST и/или возникшей ПБЛНПГ, ПБПНПГ согласно приложению 3 к настоящему приказу.
- 1.4. Алгоритм медицинской эвакуации при остром коронарном синдроме согласно приложению 4 к настоящему приказу.
- 1.5. Рекомендуемый алгоритм выполнения инвазивных процедур у пациентов с острым коронарным синдромом и новой коронавирусной инфекцией COVID-19 согласно приложению 5 к настоящему приказу.
2. Персональную ответственность за организацию оказания медицинской помощи больным с ОКС возложить на Заместителя Главного врача Улюнжиеву Э.М. согласно приложению 5 к настоящему приказу.
3. **Врача – терапевтам участковым, врачам ОВОП, Фельдшерам ФЗП, оказывающих медицинскую помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями;**
 - 3.1. **Обеспечить:**
 - 3.1.1 Неукоснительное соблюдение маршрутизации пациентов с ОКС, утвержденных настоящим Приказом.
 - 3.1.2 Постановку на диспансерный учет пациентов перенесших ОКС и их эффективное диспансерное наблюдение в соответствии с действующими нормативными актами.
 - 3.1.3. Утвердить схемы маршрутизации пациентов с ОКС с указанием населенных пунктов, структурных подразделений и контактной информации.

3.1.4. Проведение дистанционного консультирования со специалистами Регионального сосудистого центра в круглосуточном режиме посредством мобильной и интернет связи.

3.1.5. Ответственным лицом за организацию оказания медицинской помощи больным с ОКС назначить Улюнжиеву Э.М.

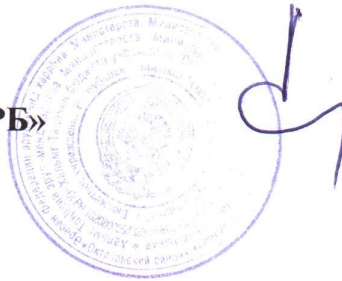
3.1.6. **Заместителю Главного врача Улюнжиевой Э.М.** проводить ежемесячный анализ работы по реализации Проведение ежемесячного анализа работы по реализации Региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», утвержденной Постановлением Правительства от 21.12.2022г. №493.

3.2. **Главной медицинской сестре Оконовой Е.А.** привести в соответствие оснащение укладок бригад скорой и неотложной медицинской помощи для оказания медицинской помощи больным с ОКС и больным с подозрением на COVID – 19, в том числе лекарственных препаратов для проведения тромболитика.

4. **Системному администратору Тарасову И.Г.** разместить настоящий приказ на официальном сайте БУ РК «Октябрьская РБ».

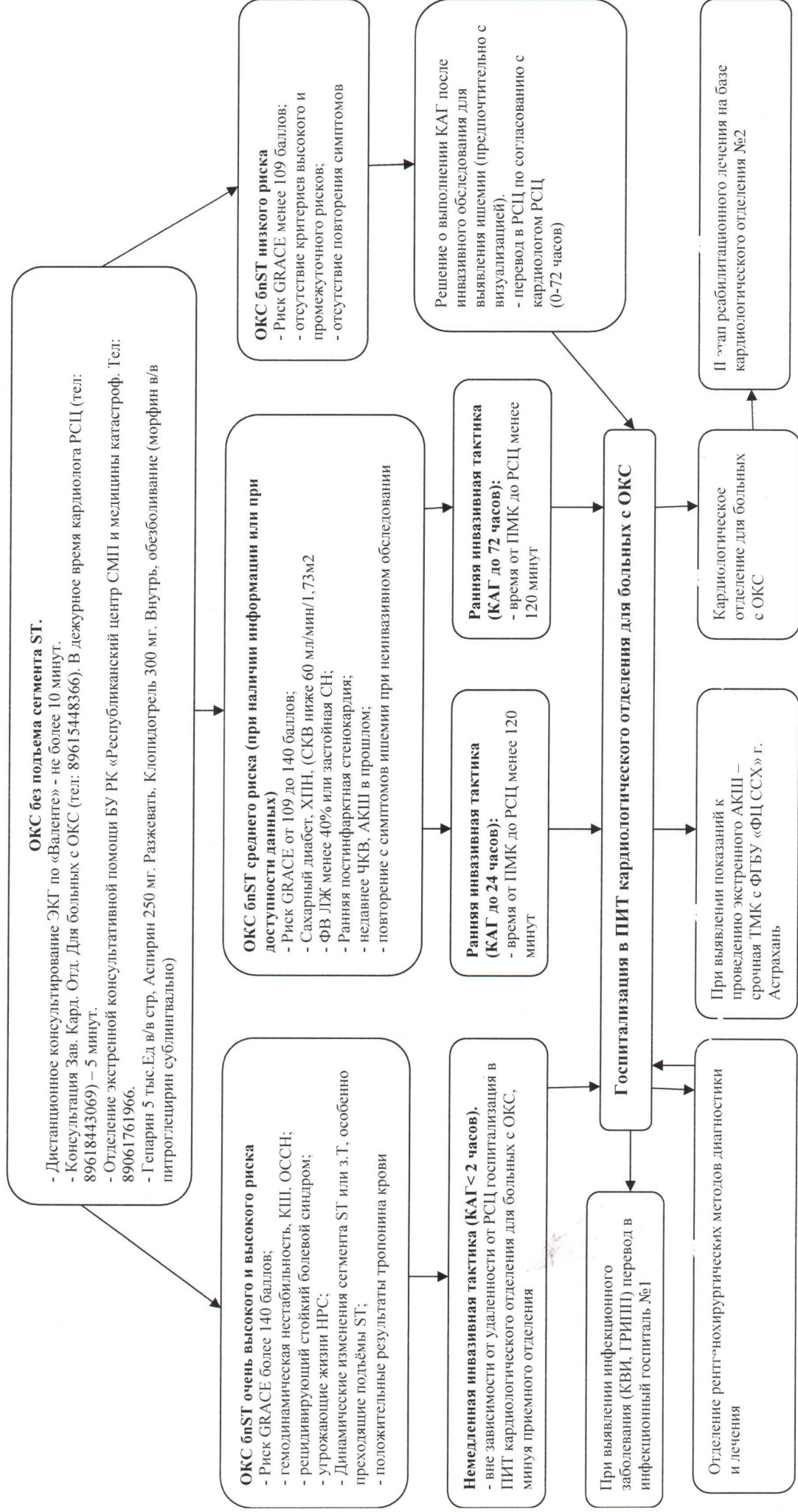
5. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

**Главный врач
БУ РК «Октябрьская РБ»**



Эльдес В.Ц.

Схема маршрутизации взрослого населения с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST в Республике Калмыкия



**Алгоритм
определения показаний и проведения тромболитической терапии при
остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST и/или возникшей
ПБЛНПГ, ПБПНПГ**

1. Показаниями к проведению тромболитической терапии при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST (далее - ТЛТ) являются:
 - 1.1. Отсутствие возможности доставки в течение 90 минут в медицинскую организацию для проведения коронароангиографии и чрескожного коронарного вмешательства пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST с длительностью симптомов менее 12 часов (при отсутствии противопоказаний к проведению тромболитической терапии);
 - 1.2. При наличии клинической картины ОКС и выявлении на ЭКГ подъема сегмента ST или его эквивалентов, в том числе регистрация на электрокардиограмме:
 - подозрение на задний инфаркт миокард - подъем сегмента ST на 1 мм (0,1 mV) и более в двух или трех нижних отведениях от конечностей (II-IIIaVF);
 - подозрение на задний инфаркт миокард - высокие зубцы R в правых грудных отведениях и наличие депрессии сегмента ST в отведениях VI - V4 с направленным вверх зубцом T в этих же отведениях;
 - подозрение на передний инфаркт миокарда - подъем сегмента ST на 1 мм (0,1 mV) и более, не менее чем в двух смежных прекардиальных отведениях;
 - появление блокады левой ножки пучка Гиса, Критерий 1.1 и 1.2 являются обязательными при принятии решения о проведении ТЛТ.
2. В случае выбора тромболитика в качестве стратегии реперфузии, максимально допустимое рекомендуемое время задержки от постановки Диагноза острого коронарного синдрома с подъемом ST до тромболитика не должно превышать 10 минут.
3. Абсолютными противопоказаниями к тромболитической терапии являются:
 - 3.1. Геморрагический инсульт или инсульт неизвестного происхождения любой давности.
 - 3.2. Ишемический инсульт в предшествующие шесть месяцев.
 - 3.3. Травма или опухоли головного мозга, артериовенозная мальформация.
 - 3.4. Большая травма/операция/травма головы в течение предыдущего месяца.
 - 3.5. Желудочно-кишечное кровотечение в течение предыдущего
 - 3.6. Периодические кровотечения (исключая месячные).
 - 3.7. Диссекция аорты.
 - 3.8. Пункции в течение суток (биопсия печени, люмбарная пункция).
 - 3.9. Аллергическая реакция на тромболитик.
4. Относительными противопоказаниями к ТЛТ являются:
 - 4.1. Транзиторная ишемическая атака в течение предыдущих 6 месяцев.
 - 4.2. Оральная антикоагулянтная терапия.
 - 4.3. Беременность или 1 неделя после родов.

- 4.4. Резистентная гипертония (систолическое артериальное давление свыше 180 мм ртутного столба и/или диастолическое артериальное давление свыше 110 мм ртутного столба).
- 4.5. Тяжелое заболевание печени.
- 4.6. Инфекционный эндокардит.
- 4.7. Обострение язвенной болезни.
- 4.8. Продолжительная или травматичная реанимация.
- 4.9. Предшествующее лечение стрептокиназой, в том числе модифицированной (особенно первые 4-9 месяцев), если предполагается повторное введение этих препаратов (другие тромболитики не противопоказаны).
5. При принятии решения о проведении/отказе от проведения ТЛТ заполняется контрольный лист принятия решения бригадой скорой медицинской помощи о проведении больному с острым коронарным синдромом, инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST ТЛТ.
6. Для проведения ТЛТ рекомендовано использовать фибринспецифичные препараты, которые обладают высокой тропностью к фибрину тромба, что повышает частоту восстановления коронарного кровотока при их использовании до 70% в соответствии с инструкцией по применению. Применяются в сочетании с ацетилсалициловой кислотой, клопидогрелем и инъекционным введением антикоагулянта прямого действия.
7. Оценка успешности тромболитической терапии:
 - 7.1. Быстрый регресс сегмента ST (снижение более чем на 50% от исходного к 60 - 90 минутам после введения препарата);
 - 7.2. Исчезновение болевого синдрома.
8. При эффективном тромболлизисе через 2 - 2 4 часа должна быть выполнена коронароангиография и чрескожное коронарное вмешательство. В случае неуспешного тромболлизиса или при наличии признаков повторной окклюзии или рецидива подъема сегмента ST показаны немедленная коронароангиография и спасительное чрескожное коронарное вмешательство. Если пациент с начатым на догоспитальном этапе и на момент поступления в стационар неэффективным тромболлизисом доставлен в стационар с возможностью проведения чрескожного коронарного вмешательства, то оно должно быть начато немедленно, не дожидаясь 90 минуты для оценки эффективности тромболитической терапии.

Алгоритм

медицинской эвакуации при остром коронарном синдроме

Медицинская эвакуация (далее МЭ) больных при остром коронарном синдроме в Региональный сосудистый центр (далее РСЦ) осуществляется:

- санитарным транспортом из районных больниц, в сопровождении медицинских работников;

- реанимобилем класса С или же вертолетом в сопровождении бригады отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи и медицинской эвакуации БУ РК «Республиканский центр медицины катастроф».

Медицинская эвакуация может осуществляться наземным и воздушным транспортом.

Медицинская эвакуация может осуществляться с места нахождения пациента (вне медицинской организации), а также из медицинской организации (далее МО).

Решение о необходимости МЭ принимает:

а) с места нахождения пациента (вне медицинской организации) – старший медицинский работник выездной бригады СМП, на основании дистанционного консультирования специалистами Регионального сосудистого центра (далее РСЦ);

б) из МО - руководитель (заместитель руководителя по медицинской части) или дежурный врач (за исключением часов работы руководителя, заместителя руководителя по лечебной работе) медицинской организации, на основании дистанционного телеконсультирования со специалистами РСЦ, после решения врачебной комиссии о переводе в РСЦ и подписанном информированном добровольном согласии на транспортировку.

Обязательное наличие следующих документов пациента: паспорт, страховой полис, снилс.

Подготовка пациента, находящегося на лечении в МО к МЭ проводится медицинскими работниками указанной МО и включает все необходимые мероприятия для обеспечения стабильного состояния пациента во время МЭ в соответствии с тяжестью заболевания (состояния), предполагаемой длительности МЭ на автомобиле скорой медицинской помощи класса С или вертолетом.

В исключительных случаях, при отсутствии в МО сил и средств, необходимых для медицинской эвакуации, возможно проведение МЭ силами и средствами ОЭКСМП и МЭ БУ РК «Республиканский центр медицины катастроф».

Во время осуществления МЭ медицинские работники выездной бригады СМП осуществляют мониторинг состояния функций организма пациента и оказывают ему необходимую медицинскую помощь.

По завершении МЭ старший медицинский работник выездной бригады СМП, передает пациента в РСЦ и информирует медицинского работника, ответственного по приему вызовов СМП.

Предэвакуационная подготовка проводится под руководством врача-консультанта с учётом состояния пациента с целью минимизации риска эвакуации и включает в себя мероприятия по обеспечению основных витальных функций во время эвакуации.

Медицинский работник, осуществляющий МЭ несёт полную ответственность за состояние пациента в период МЭ.

Медицинский работник, осуществляющий МЭ, передает пациента врачу РСЦ с переводным эпикризом и картой МЭ.

Рекомендуемый алгоритм выполнения инвазивных процедур у пациентов с острым коронарным синдромом и новой коронавирусной инфекцией COVID-19

1. Общие принципы

1.1. Пациент с клинической картиной острого коронарного синдрома (далее - ОКС) и коронавирусной инфекцией COVID-19 должен быть транспортирован в БУ РК Инфекционный госпиталь №1, одновременно с измерением температуры и сбором анамнеза. Должно быть назначено лабораторное исследование на SARSCoV-2.

1.2. Подтверждение новой коронавирусной инфекции COVID -19 не должно задерживать реперфузионную терапию. Пациент должен быть изолирован в боксе (изолированной палате), где, при наличии показаний и отсутствии противопоказаний, ему должен быть выполнен тромболизис. При противопоказаниях к тромболизису у пациентов высокого риска следует оценить соотношения риска и пользы от проведения чрескожного коронарного вмешательства (далее – ЧКВ).

1.3. ЧКВ следует проводить только на инфаркт-связанной артерии.

2. Ведение пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

2.1. Стабильное состояние либо нестабильное состояние в комбинации с легкой или умеренной пневмонией:

- первые 12 часов от начала инфаркта миокарда (далее - ИМ): провести тромболизис в изолированной палате, там же продолжать последующее лечение. Решение о проведении ЧКВ принимается коллегиально.
- если прошло более 12 часов, необходимо всесторонне оценить пользу от ЧКВ и инфекционную угрозу.

2.2. Нестабильные пациенты с тяжелой пневмонией: перевести в изолированную палату для консервативной терапии.

2.3. Через 24-48 часов выполнить электрокардиографию и ультразвуковую кардиографию. Если пациент стабилен, провести ускоренную реабилитацию, направленную на сокращение срока оказания пациенту медицинской помощи в стационарных условиях. Дальнейшее наблюдение осуществлять на дому в виде активного патронажа врачом медицинской организации по месту прикрепления для оказания первичной медико-санитарной помощи с использованием методов телемедицины, при необходимости консультативной поддержки врачами регионального сосудистого центра, первичного сосудистого отделения.

2.4. В случае принятия решения о проведении ЧКВ, персонал должен быть обеспечен полным комплектом средств индивидуальной защиты (халат, перчатки, защитные очки или щиты и маска-респиратор). Также целесообразно может быть использование электроприводного респиратора, особенно если у пациента отмечается рвота, или ему требуется сердечно-легочная реанимация. Основная масса операционных не располагает системой вентиляции, предназначенной для оказания помощи инфекционным пациентам, поэтому по завершении вмешательства требуется полная обработка операционной.

3. Ведение пациентов с ОКС без подъема сегмента ST.

3.1. В случае, если тяжесть состояния пациента позволяет отсрочить реваскуляризацию, решение вопроса о её проведении осуществляется после получения результатов лабораторного тестирования на SARS-CoV-2.

3.2. В случае его подтверждения необходимо поместить пациента в изолированную палату, где он и должен получать консервативную терапию до выздоровления от коронавирусной инфекции COVID-19, после чего повторно оценивается наличие показаний к реваскуляризации.

3.3. В случае гемодинамической нестабильности или жизнеугрожающих аритмий пациентам, не дожидаясь результатов лабораторного исследования на SARS-CoV-2, выполняется эндоваскулярное вмешательство.

3.3.1. Если пациенту выполнено ЧКВ, следует по возможности сократить срок стационарного лечения пациента, с проведением последующих телемедицинских консультаций «врач-врач» по ведению пациента на амбулаторном этапе.

4. Дополнительные меры.

4.1. Реанимационные мероприятия, вентиляционная поддержка увеличивают риск диссеминации инфекции. Если нет возможности осуществлять искусственную вентиляцию легких, возможно применение ViPAP с закрытым контуром. При применении мешка Амбу возможно использование НЕРА фильтра (между мешком и трубкой), что позволит уменьшить число вирусных частиц в воздухе.

4.2. Пациентам с подтвержденным диагнозом коронавирусной инфекции COVID-19 целесообразным представляется выполнять в изолированной палате без транспортировки в операционную некоторые инвазивные процедуры, такие как: перикардиоцентез, катетеризация легочной артерии.

4.3. При оказании медицинской помощи пациентам с ОКС и новой коронавирусной инфекцией COVID-19 необходимо учитывать, что течение новой коронавирусной инфекции COVID-19 часто сопровождается острым повреждением миокарда, требующим дифференциальной диагностики с ИМ 2 типа.