



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
(Минздрав ЧР)**

ПРИКАЗ

«12» 04 2021 г.

г. Грозный

№ 138

г Об организации оказания медицинской помощи 7
больным с острым коронарным синдромом и острым нарушением
мозгового кровообращения на территории Чеченской Республики

В целях совершенствования системы оказания медицинской помощи больным
с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения
в Чеченской Республике,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:
 - 1.1. Алгоритм оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом (далее - ОКС) и острым нарушением мозгового кровообращения (далее - ОНМК) на территории Чеченской Республики (приложение № 1);
 - 1.2. Перечень состояний (заболеваний), требующих госпитализации в первичные сосудистые отделения (приложение № 2);
 - 1.3. Перечень состояний, требующих проведения тромболитической терапии (приложение № 3).
2. Руководителям медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Чеченской Республики:
 - 2.1. обеспечить выполнение требований пунктов 1.1, 1.2, 1.3. настоящего приказа;
 - 2.2. внести изменения в локальные правовые акты по организации медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения, при необходимости;
 - 2.3. в исключительных случаях при наличии объективных обстоятельств, препятствующих:
 - 2.3.1. доставке больных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры (добровольный отказ больного от перевода, невозможность своевременной доставки больного в связи с загруженностью дорог, угроза ухудшения или внезапное ухудшение состояния больного при транспортировке) с

диагнозами и состояниями, указанными в приложении 2 к Приказу, доставлять в неврологические или кардиологические отделения (койки) ближайших дежурных общесоматических стационаров;

2.3.2. госпитализации больных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры (отсутствие свободных мест, развитие острого инфаркта миокарда или острого нарушения мозгового кровообращения в стационаре при лечении других заболеваний, препятствующих переводу и т.д.), при наличии показаний, госпитализировать (продолжать лечение) с диагнозами и состояниями, указанными в приложении 2 Приказа, в неврологические или кардиологические отделения (койки) ближайших дежурных общесоматических стационаров;

2.4. не допускать перегрузку первичных сосудистых отделений и региональных сосудистых центров и своевременно осуществлять перевод больных на этапы реабилитационной и паллиативной помощи.

3. Главному врачу ГБУ «Республиканская станция скорой медицинской помощи» Ихаеву А.Б. обеспечить соблюдение маршрутизации пациентов с ОКС и ОНМК согласно пункта 10 приложения № 1 к настоящему приказу.

4. Общему отделу ГКУ «Управление по обеспечению деятельности Минздрава ЧР» довести настоящий приказ до руководителей медицинских организаций и опубликовать (разместить) на официальном сайте Минздрава ЧР в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

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

6. Контроль над исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Чеченской Республики Гадаева А.А.

Министр



Э.А. Сулейманов

Приложение № 1
Утверждено
приказом Минздрава ЧР
от 12.04.2021 г. № 138

Алгоритм оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения на территории Чеченской Республики

Принятые сокращения:

ОКС - острый коронарный синдром;

ОНМК - острое нарушение мозгового кровообращения;

ОИМ - острый инфаркт миокарда;

ТЛТ - тромболитическая терапия;

ПЧКВ - первичное чрескожное коронарное вмешательство;

СМП - скорая медицинская помощь;

ПСО - первичное сосудистое отделение;

РСЦ - региональный сосудистый центр;

КТ - компьютерная томография;

МРТ - магнитно-резонансной томография.

1. Оказание медицинской помощи больным с ОКС и ОНМК (далее - сосудистые заболевания) основано на следующих принципах:

- улучшения качества и сокращения сроков оказания первой медицинской и первой врачебной помощи при сосудистых заболеваниях;
- максимально возможного сокращения сроков доставки и концентрации больных с сосудистыми заболеваниями в специализированных сосудистых центрах, имеющих материально-техническую и кадровую возможность оказания различных видов (реанимация и интенсивная терапия, неврология, кардиология, реабилитация) специализированной медицинской помощи в круглосуточном режиме;
- соблюдения правил «терапевтического окна» при доставке пациентов в ПСО или РСЦ при оказании им специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- эффективного взаимодействия РСЦ, ПСО и других медицинских организаций при оказании медицинской помощи на всех этапах лечения;
- использования мероприятий реабилитационного и восстановительного лечения больным с сосудистыми заболеваниями.

2. Порядок оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями.

2.1. Медицинская помощь больным с сосудистыми заболеваниями оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи;

- паллиативной медицинской помощи.

2.2. Медицинская помощь оказывается в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

2.3. Медицинская помощь оказывается на основе стандартов медицинской помощи.

2.4. Первичная медико-санитарная помощь предусматривает:

- первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
- первичную врачебную медико-санитарную помощь;
- первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь осуществляется медицинскими работниками со средним медицинским образованием, первичная врачебная медико-санитарная помощь - врачом-терапевтом, врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом), первичная специализированная медико-санитарная помощь – врачом-специалистом.

При оказании первичной медико-санитарной помощи осуществляется раннее выявление больных с признаками ОКС и ОНМК и их госпитализация в медицинские организации, в структуре которых организовано ПСО/РСЦ, бригадой СМП.

2.5. Скорая, в том числе специализированная, медицинская помощь больным оказывается фельдшерскими выездными бригадами СМП, врачебными выездными бригадами СМП.

2.6. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной и неотложной форме вне медицинской организации, а также в стационаре медицинской организации.

2.7. При оказании СМП в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, которая включает в себя санитарно-авиационную и санитарную эвакуацию.

2.8. Специализированная медицинская помощь оказывается в медицинских организациях, в структуре которых организовано ПСО или РСЦ, в условиях обеспечения круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.

2.9. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь с использованием хирургических методов лечения оказывается больным в неотложной и экстренной форме с учетом соблюдения объема, сроков и условий ее оказания в медицинской организации, в которой имеется соответствующее отделение (рентгенхирургическое, нейрохирургическое, кардиохирургическое), специалистами РСЦ. При наличии медицинских показаний больной транспортируется в РСЦ.

2.10. При наличии у больного медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, направление в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, осуществляется в соответствии с действующими нормативными правовыми актами.

2.11. Оказание специализированной медицинской помощи в ПСО осуществляется по медицинским показаниям при самостоятельном обращении пациента с признаками острого сосудистого заболевания, при доставлении больного бригадой СМП.

3. Примерный порядок действий медицинских организаций, участвующих в оказании медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями.

При приеме диспетчером по приему и передаче вызовов станции/отделения СМП информации о пациенте, диспетчер немедленно высылает врачебную (фельдшерскую) бригаду:

- бригада СМП на месте оценивает состояние пациента, в течение первых 10 минут регистрирует ЭКГ и передает ее в ПСО/РСЦ (при наличии технической возможности), приступает к оказанию скорой медицинской помощи, в том числе, при наличии всех временных и медицинских показаний и отсутствии противопоказаний, проводит ТЛТ;
- для оказания специализированной помощи пациент доставляется бригадой СМП в ПСО или РСЦ;
- оказание медицинской помощи больным с острой сосудистой патологией, в том числе, при наличии показаний к проведению ТЛТ, осуществляется в приемном отделении ПСО (в экстренном порядке и в любое время суток - осмотр, ЭКГ, исследование общего анализа крови, включая тромбоциты, общего анализа мочи, гематокрита, уровня глюкозы в периферической крови, натрия, калия, магния, креатинина, тропонинов, КФК, МВ-КФК, D-димера, фибриногена в сыворотке крови, активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), активированного времени свертывания (АВС), кислотно-щелочного баланса и газового состава крови, международного нормализованного отношения (МНО). Определение содержания тромбоцитов, глюкозы в периферической крови, МНО, АЧТВ производится в течение 20 минут с момента забора крови, после чего результат передается дежурному врачу ПСО;
- после осмотра больные с признаками ОНМК направляются в кабинет КТ/МРТ, для уточнения диагноза. Заключение специалиста, проводившего КТ/МРТ, передается дежурному врачу отделения. Время от момента поступления больного с признаками ОНМК в отделение до получения врачом отделения результатов КТ/МРТ головного мозга и исследования крови - не более 40 минут;
- при подтверждении диагноза ОНМК больные госпитализируются в палату (блок) реанимации и интенсивной терапии ПСО в течении 60 минут с момента поступления;
- больным, у которых по данным КТ/МРТ установлены признаки геморрагического инсульта, проводится консультация (при наличии) нейрохирурга в срок не позднее 60 минут с момента получения результатов КТ/МРТ, после чего принимается решение о тактике лечения;
- дальнейшее обследование, лечение и реабилитация пациентов с ОНМК осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2013г. № 928н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения»;

- оказание специализированной медицинской помощи пациентам с ОКС в палате реанимации и интенсивной терапии и кардиологическом отделении осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012г. № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями»;
 - в случае если диагноз ОНМК или ОКС не подтверждается, пациент, не требующий реанимационных мероприятий, нуждающийся в госпитализации, по решению специалистов ПСО госпитализируется в профильное отделение или переводится в профильное отделение медицинской организации по месту проживания пациента;
 - перевод пациентов из ПСО в РСЦ осуществляется после согласования перевода (по телефону или очной консультации) пациента;
 - оказание специализированной медицинской помощи по решению консультантов РСЦ может осуществляться ими в условиях ПСО;
 - специалисты РСЦ оказывают специализированную хирургическую помощь больным с геморрагическим инсультом (хирургическое лечение), спонтанным субарахноидальным кровоизлиянием (ангиография), с артериальными аневризмами (ангиография, хирургическое или эндоваскулярное хирургическое лечение), артериовенозной мальформацией (диагностика, хирургическое лечение), острым инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией с высоким риском развития осложнений (ангиографическая диагностика, транслюминальная баллонная коронарная ангиопластика и стентирование), первично поступившим в центр либо переведенным из первичных сосудистых отделений, а также, оказывают консультативную помощь пациентам, находящимся в ПСО и проводят прием пациентов с острым инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения по направлению ПСО своей зоны ответственности.
 - отчетность, в том числе представление сведений для эпидемиологического мониторинга заболеваемости ОНМК и ОКС, осуществляется в порядке, определенном приказом Минздрава ЧР.
4. Перечень показаний для медицинской эвакуации пациентов с острым коронарным синдромом в региональный сосудистый центр:
- ОКС с подъемом сегмента ST (далее – ОКС сп ST) или впервые выявленная блокада левой ножки пучка Гиса, ТЛТ противопоказана или невыполнима в случае обеспечения доставки пациента в РСЦ в первые 12 ч. от начала развития болевого синдрома;
 - ОКС сп ST, если проведенная ТЛТ неэффективна в случае обеспечения доставки пациента в РСЦ в первые 12 ч. от начала развития ОКС сп ST;
 - ОКС без подъема сегмента ST (далее - ОКС бп ST) 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;
 - ОКС сп ST, если ТЛТ эффективна для осуществления фармако-инвазивного подхода (коронарография должна быть выполнена в течение 24 часов от начала ТЛТ).

Перевод согласовывается по телефону. В переводном эпикризе указываются показания для перевода в региональный сосудистый центр, проведенная антикоагулянтная и антитромботическая терапия, прикладываются копии пленок электрокардиограмм.

5. Перечень показаний для перевода пациентов с ОКС в региональный сосудистый центр из первичных сосудистых отделений:

В течение 24 часов, целевое время «дверь госпиталя — дверь рентгеноперационной» не более 24 часов (оптимально в пределах 2 часов), в случаях:

- инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST после успешного тромболизиса;
- острый коронарный синдром без подъема сегмента ST при наличии признаков высокого риска неблагоприятного прогноза;
- ранняя постинфарктная стенокардия.

В течение госпитального периода целевое время «дверь госпиталя - дверь рентгеноперационной» не более 7 суток, в случаях:

- инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST после неуспешной тромболитической терапии или если реперфузия не проводилась при сроке от начала симптомов более 12 часов;
- острый коронарный синдром без подъема сегмента ST при наличии признаков пограничного риска неблагоприятного прогноза.

Перевод согласовывается по телефону. В переводном эпикризе указываются показания для перевода в региональный сосудистый центр, проведенная антикоагулянтная и антитромботическая терапия, прикладываются копии пленок электрокардиограмм.

6. Перечень противопоказаний для перевода пациентов с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения в региональный сосудистый центр, первичные сосудистые отделения из медицинских организаций:

- декомпенсированная соматическая патология (почечная и печёночная недостаточность, острый панкреатит, геморрагические заболевания, анемия средней и тяжёлой степени, язвенные поражения желудочно-кишечного тракта в стадии обострения, признаки продолжающегося кровотечения);
- онкологические заболевания в стадии метастазирования;
- активные формы туберкулёза;
- острые инфекционные процессы;
- отёк лёгких, кардиогенный шок (**перевод при стабилизации состояния**);
- психические заболевания с дефектом личности;
- деменция;
- кома.

Ответственность за организацию, исход эвакуации пациентов в региональный сосудистый центр, первичные сосудистые отделения возлагается на руководителей медицинской организации, откуда эвакуируется пациент (оценка состояния и возможности эвакуации, сопровождение медицинским персоналом во время эвакуации, качество оформления документов).

7. Перечень показаний для перевода пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в региональный сосудистый центр из первичных сосудистых отделений:

- субкортикальные кровоизлияния объемом 30-60 мм³, сопровождающиеся выраженным неврологическим дефицитом и/или приводящие к дислокации мозга;
- кровоизлияния в мозжечок объемом более 10-15 см³, сопровождающиеся дислокацией IV желудочка и/или окклюзионной гидроцефалией с соответствующей клинической симптоматикой, связанной с компрессией стволовых структур;
- кровоизлияния в таламус, сопровождающиеся гемотампонадой желудочков и/или окклюзионной гидроцефалией;
- инфаркт головного мозга I и II степени (сохранность способности пациента к самостоятельному передвижению, самообслуживанию, отсутствие выраженных когнитивных нарушений) при наличии гемодинамически значимого стеноза экстракраниальных артерий, перевод в отделение сосудистой хирургии через 2 недели после развития заболевания по согласованию с заведующим отделением;
- транзиторные ишемические атаки при наличии гемодинамически значимого стеноза и/или нестабильной атеросклеротической бляшки, стенозирующей 50% и более просвета сосуда, госпитализация в отделение сосудистой хирургии;
- транзиторные ишемические атаки неуточненной этиологии, перевод в неврологическое отделение регионального сосудистого центра, после проведения полного объема обследования, возможного в первичных сосудистых отделениях. Перевод согласовывается по телефону. В переводном эпикризе указываются показания для перевода в региональный сосудистый центр, проведенная антикоагулянтная и антитромботическая терапия, прикладываются копии пленок электрокардиограмм.

8. Перечень противопоказаний для перевода пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в региональный сосудистый центр из первичных сосудистых отделений:

- уровень сознания 8 и менее баллов по шкале Глазго;
- возраст пациента более 70 лет (для предполагаемого нейрохирургического лечения внутричерепных гематом);
- тяжелая соматическая патология (сахарный диабет, почечная, печеночная, сердечно-сосудистая, легочная патология в стадии декомпенсации, некорректируемая артериальная гипертензия, коагулопатии, гнойно воспалительные и онкологические заболевания).

9. Перечень показаний для перевода пациентов из регионального сосудистого центра в медицинские организации по месту жительства:

- в случае необходимости проведения пациенту с острым нарушением мозгового кровообращения искусственной вентиляции легких длительностью более 7 суток, при наличии сопутствующей патологии, влияющей на тяжесть состояния, пациент переводится в отделение интенсивной терапии и реанимации медицинской организации по месту жительства;
- пациенты после проведенного оперативного лечения в региональном сосудистом центре для дальнейшего лечения и реабилитационных мероприятий переводятся в неврологическое отделение медицинской организации по месту жительства;
- пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения, имеющие существенно ограниченные физические или психические возможности и нуждающиеся в интенсивной симптоматической терапии, психосоциальной

помощи, длительном постороннем уходе, направляются в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, либо в медицинскую организацию по месту жительства.

10. Медицинские организации, участвующие в оказании медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями:

Региональный сосудистый центр	Зона обслуживания (медицинская организация)
<p>РСЦ на базе ГБУ «Клиническая больница № 1 г. Грозного» (РСЦ -1)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Медицинские организации г. Грозного (за искл. Октябрьского района) 2. ГБУ «Грозненская ЦРБ» 3. ГБУ «Надтеречная ЦРБ» 4. ГБУ «Наурская ЦРБ» 5. ГБУ «ЦРБ Урус-Мартановского района» 6. ГБУ «Серноводская ЦРБ» 7. ГБУ «Шатойская МРБ» 8. ГБУ «Ачхой-Мартановская ЦРБ»
<p>РСЦ на базе ГБУ «РКБ им. Эпендиева» (РСЦ -2)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Медицинские организации г. Грозного (Октябрьский район) 2. ГБУ «Гудермесская ЦРБ» 3. ГБУ «Шелковская ЦРБ» 4. ГБУ «Ножай-Юртовская ЦРБ» 5. ГБУ «Курчалоевская ЦРБ» 6. ГБУ «Шалинская ЦРБ» 7. ГБУ «Веденская ЦРБ» 8. ГБУ «Аргунская ГБ №1»
<p>Резервный РСЦ ГБУ «РКГВВ им. М.Т. Индербиева»</p>	<p>Начало функционирования - при выходе из строя «тяжелого» оборудования в РСЦ -1 или РСЦ -2</p>

Первичное сосудистое отделение	Зона обслуживания (медицинская организация)
<p>ПСО на базе ГБУ «Гудермесская ЦРБ»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ГБУ «Гудермесская ЦРБ» 2. ГБУ «Шелковская ЦРБ» 3. ГБУ «Ножай-Юртовская ЦРБ» 4. ГБУ «Курчалоевская ЦРБ»
<p>ПСО на базе ГБУ «ЦРБ Урус - Мартановского района»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ГБУ «ЦРБ Урус-Мартановского района» 2. ГБУ «Ачхой-Мартановская ЦРБ» 3. ГБУ «Серноводская ЦРБ»

11. Медицинские организации обеспечивают:

- прием и оказание специализированной медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, не требующими госпитализации в ПСО или РСЦ;
- прием больных с ОНМК и ОКС при наличии объективных причин, препятствующих их госпитализации в ПСО или РСЦ (пункт 2.4 настоящего приказа);
- взаимодействие с ПСО и РСЦ по вопросам тактики и организации лечения больных с сосудистыми заболеваниями.

12. Порядок доставки больных из зоны своей ответственности первичными сосудистыми отделениями в региональные сосудистые центры.

12.1. Перевод больных с ОНМК и ОКС из ПСО в РСЦ осуществляется при наличии клинических показаний по согласованию с руководителем РСЦ своей зоны ответственности, при его отсутствии - руководителями подразделений по соответствующим разделам оказания медицинской помощи (неотложная кардиология, неотложная неврология, нейрохирургия) санитарным транспортом станций (отделений) СМП, направляющей медицинской организации.

12.1.1. При наличии у больного нарушения сознания, дыхательных расстройств, требующих проведения респираторной поддержки, нарушений сердечного ритма, требующих временной кардиостимуляции, нарушений сердечной деятельности с нестабильной гемодинамикой перевод больного осуществляется реанимационной бригадой СМП на реанимобиле направляющей медицинской организации или, при объективной невозможности их использования, реанимобилем отделения экстренной и плановой консультативной помощи.

12.1.2. Доставка консультанта из РСЦ своей зоны ответственности в ПСО в рабочие дни осуществляется транспортом медицинской организации, на базе которой расположено ПСО. В выходные и праздничные дни доставка консультанта осуществляется транспортом отделения экстренной и плановой консультативной помощи (санитарной авиации) по заявкам ПСО в установленном порядке.

Перечень основных целевых индикаторов, направленных на снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний

1. Обеспечение 90% профильной госпитализации больных с ОКС с подъемом сегмента ST, в том числе путем создания альтернативных схем маршрутизации (принцип «свободной рентгеноперационной») в пределах 60 минутной доставки пациентов в ЧКВ-центры; обеспечение максимального использования медицинских учреждений субъектов, оснащенных ангиографическими установками, для лечения больных с ОКС с подъемом сегмента ST.
2. Обеспечение доли больных с ОКС с подъемом сегмента ST, которым выполнены ЧКВ, от всех больных с ОКС с подъемом сегмента ST не менее 60%.
3. Обеспечение доли больных с ОКС с подъемом сегмента ST, которым выполнена тромболитическая терапия в случае превышения времени доставки в ЧКВ-центр более 60 минут, не менее 80%.
4. Обеспечение доли больных с ОКС с подъемом сегмента ST, которым выполнено ЧКВ после тромболитической терапии, не менее 80%.
5. Обеспечение доли больных с ОКС с подъемом сегмента ST, которым выполнена тромболитическая терапия на догоспитальном этапе, от числа всех случаев тромбозиса не менее 70%.
6. Обеспечение доли пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, получивших реперфузионную терапию (ТЛТ и/или ЧКВ), не менее 85%.
7. Организация своевременного перевода (в течение 48 ч.) не менее 80% больных с ОКС из ПСО в РСЦ для проведения коронарных вмешательств.
8. Обучение врачей и фельдшеров СМП алгоритму оказания неотложной помощи при ОКС на догоспитальном этапе.
9. Комплектация бригад СМП, выезжающих к пациентам с подозрением на ОКС, в обязательном порядке врачом и фельдшером (медицинской сестрой) или двумя фельдшерами или фельдшером и медицинской сестрой.
10. Расширение региональной практики интервенционных методов лечения (РЧА, ЭКС и др.) больных с нарушениями ритма и проводимости сердца.
11. Обеспечение 80% охвата диспансерным наблюдением больных, перенесших инфаркт миокарда, нестабильную стенокардию, кардиохирургические и интервенционные вмешательства.

Перечень состояний (заболеваний), требующих госпитализации в первичные сосудистые отделения (региональные сосудистые центры)

I. В ПСО (РСЦ) госпитализируются больные:

1. С ОНМК, а именно - с состояниями, соответствующими шифрам I 60, I 61, I 62, I 63 (шифр I 64 возможно применять только на догоспитальном этапе), G45 - G46 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр) (МКБ-10).

2. С ОКС:

а) Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST на ЭКГ - наличие типичной/атипичной клинической картины в сочетании с характерными изменениями на ЭКГ - стойкая элевация сегмента ST как минимум в двух смежных отведениях, включая дополнительные прекардиальные отведения (V7-V8-V9) и правые прекардиальные отведения (V3R-V4R), впервые (или предположительно впервые) выявленная полная блокада левой ножки п. Гиса;

Острый коронарный синдром без стойких подъемов сегмента ST на ЭКГ – наличие типичной/атипичной клинической картины в сочетании с характерными изменениями на ЭКГ - горизонтальная или косонисходящая депрессия сегмента ST > 1 мм в двух или более смежных отведениях, либо инверсия зубца T > 1 мм в отведениях с преобладающим зубцом R; глубокие, либо высокие симметричные зубцы T в передних грудных отведениях, или повышением биомаркеров некроза миокарда;

Острый инфаркт миокарда - типичная/атипичная клиническая картина за пределами первых 24 часов от начала симптомов с признаками некроза и повреждения на ЭКГ в сочетании с положительными тестами на наличие биомаркеров некроза миокарда или без таковых.

б) внезапная сердечная смерть (ВСС) - внезапное прекращение сердечной деятельности, которое наступает вследствие кардиальной патологии в течение 1 часа от манифестации симптомов.

Доставка в ПСО (РСЦ) при ВСС осуществляется в случае эффективности сердечно-легочной реанимации (восстановление проходимости дыхательных путей, срочная оксигенация, искусственная вентиляция легких, непрямой массаж сердца, медикаментозная терапия, прекардиальный удар, электрическая дефибрилляция сердца) на догоспитальном этапе и стабилизации гемодинамики больного.

3. С другими острыми сосудистыми заболеваниями,

- а) тромбоэмболия легочной артерии,
- б) расслаивающаяся аневризма аорты.

4. Некоронарогенная патология:

- б) выраженная артериальная гипотензия кардиогенной, сосудистой или неясной природы;

- в) синкопальные состояния сосудистой или неясной природы;
- г) другие формы острой сердечной недостаточности;
- д) гипертонический криз, в том числе осложненный острой сердечной недостаточностью, нарушениями ритма и проводимости, энцефалопатией, продолжающимся носовым кровотечением.

5. При выявлении у больных, доставленных в ПСО (РСЦ), других (кроме указанных в пунктах I.1, I.2, I.3 настоящего приложения) заболеваний:

- требующих стационарного лечения, госпитализация по решению специалистов ПСО (РСЦ) осуществляется в профильное отделение ПСО (РСЦ) или в профильное отделение медицинской организации по месту проживания пациента;
- не требующих стационарного лечения, решение о направлении на дальнейшее лечение по месту жительства и способе транспортировки больных принимается индивидуально, с учетом общего состояния больного, места проживания. Доставка больных из ПСО (РСЦ), как правило, должна осуществляться санитарным транспортом медицинской организации, направившей больного.

II. Не подлежат транспортировке в ПСО (РСЦ) больные:

1. В агональном состоянии, в том числе при неэффективности сердечно-легочной реанимации при ВСС на догоспитальном этапе.

Признаками агонального состояния больного являются:

- двигательное и речевое возбуждение, сменяющееся полным отсутствием двигательной активности и речевого контакта;
- кома глубокая или запредельная: неразбудимость с утратой реакции на боль, изменение мышечного тонуса от гипотонии или полной атонии; арефлексия, нарастающий паралитический мидриаз;
- отсутствие пульса на периферических артериях и резкое ослабление его на сонных артериях с частотой более 140 ударов в мин. или менее 30 ударов в мин., стойкое снижение уровня систолического АД ниже 60 мм рт. ст., несмотря на проводимую терапию;
- частота спонтанного дыхания более 40 в мин. или менее 10 в мин., появление патологического дыхания.

2. С установленными до ОНМК онкологическими заболеваниями с выраженными и значительно выраженными стойкими ограничениями жизнедеятельности (больной не в состоянии ходить и ухаживать за собой без посторонней помощи, нуждается в круглосуточном наблюдении и в ежедневной посторонней помощи) и/или терминальной стадией заболевания (госпитализируются в дежурные стационары).

3. С установленными до ОНМК неврологическими заболеваниями (перенесенные в анамнезе ОНМК, рассеянный склероз, ДЦП, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, миастения, психоорганический синдром, сосудистая деменция и др.) с выраженными и значительно выраженными нарушениями статодинамической функции (стойкие парезы, параличи конечностей, вестибуло-мозжечковые, гиперкинетические и миастенические нарушения, из-за которых больной не в состоянии ходить и ухаживать за собой без посторонней помощи и нуждается в круглосуточном наблюдении и в ежедневной посторонней помощи), госпитализируются в дежурные стационары.

Срочность проведения консультации определяется лечащим (дежурным) врачом терапевтического (кардиологического) стационара индивидуально в зависимости от тяжести состояния больного и установленных клинических данных.

Перечень состояний, требующих проведения тромболизиса

1. Кардиология.

Системный тромболизис показан:

1.1. При инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST, если время от начала болевого приступа не превышает 12 часов, а на ЭКГ отмечается подъем ST более 0,1 mV как минимум в 2 последовательных грудных отведениях, или в 2 стандартных отведениях от конечностей, или при появлении блокады левой ножки пучка Гиса.

Системный тромболизис проводится при наличии показаний как на догоспитальном (врачебной или фельдшерской бригадой СМП), так и на госпитальных этапах лечения больных с ОКС.

Проведение системного тромболизиса при ОКС без стойкого подъема сегмента ST (или с инверсией зубца T, или отсутствием изменений на ЭКГ) не показано.

Локальный тромболизис при остром инфаркте миокарда проводится только в условиях РСЦ или ПСО, располагающих необходимым ангиографическим оборудованием, с использованием рентгенэндоваскулярных методов лечения.

1.2. При массивной и субмассивной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), подтвержденной лабораторными и инструментальными методами диагностики, только в стационарных условиях, если время от начала клинических проявлений не превышает 24 часа.

2. Неврология.

Системный тромболизис показан при ОНМК только в стационарных условиях при отсутствии внутрисерепного кровоизлияния по данным КТ (МРТ) при сроках клинических проявлений от их начала до 3 (максимум до 4,5) часов при наличии выраженного неврологического дефицита, вызванного окклюзией крупной артерии (базиллярной, позвоночной, внутренней сонной), в виде расстройства движений, речи, пареза лица, расстройства уровня сознания.

Локальный тромболизис при ишемическом инсульте проводится только в условиях РСЦ с использованием рентгенэндоваскулярных методов лечения.

Абсолютные и относительные противопоказания к системному тромболизису при ОКС и ОНМК определяются инструкцией к применению лекарственного препарата, используемого для проведения системного тромболизиса у конкретного больного.

3. Показания к реперфузионному лечению при ОКС сп ST. Предпочтительным методом реперфузионного лечения считать ПЧКВ. Вопрос о проведении ПЧКВ должен рассматриваться в первую очередь у всех пациентов с продолжительностью ОКС с подъемом ST не более 12 часов.

Медицинские показания к реперфузионной терапии:

- наличие характерного болевого синдрома (ангинозного статуса) продолжительностью более 20 минут;

- время от начала появления первых признаков заболевания должно быть не более 12 часов;

в сочетании с хотя бы одним из признаков:

- наличие стойкой (более 20 минут) элевации сегмента ST на $\geq 0,1$ мВ (от точки J) как минимум в 2 отведениях от конечностей или $\geq 0,2$ мВ в 2 смежных прекардиальных отведениях;
- признаки задне-базального повреждения - реципрокная депрессия ST в правых грудных отведениях (V1 - V2) в сочетании с элевацией ST в дополнительных отведениях V7, V8, V9;
- ЭКГ - признаки повреждения миокарда правого желудочка (элевация ST в отведениях V3R - V4R);
- наличие остро возникшей блокады левой ножки пучка Гиса в сочетании с характерной клиникой.

Тромболитическая терапия на догоспитальном этапе проводится только при наличии всех следующих нижеперечисленных условий и критериев, а также медицинских показаний:

- если в ближайшем к данному конкретному району ПСО нет технических возможностей проведения ПЧКВ;
- при условии согласия пациента на последующую экстренную госпитализацию;
- при наличии всех условий для проведения интенсивной терапии, мероприятий сердечно-легочной реанимации;
- при отсутствии абсолютных и относительных противопоказаний;
- если первичное ЧКВ невозможно выполнить в течение первых 120 минут от первого медицинского контакта;
- если у пациентов с высоким риском - обширное повреждение в области передней стенки продолжительностью заболевания не более 2 часов проведение ПЧКВ не возможно в течение 90 мин.;
- если предполагаемое время от момента доставки пациента в ПСО до катетеризации («дверь – катетеризация») ≥ 60 мин.;
- если предполагаемое время от первого медицинского контакта до доставки в ПСО более 60 минут;
- если время от первого медицинского контакта до проведения ТЛТ не будет превышать 30 минут.

При возможности выполнения ПЧКВ в ближайшем ПСО/РСЦ в течение 120 минут от первого медицинского контакта и 90 минут у пациентов с обширным повреждением в области передней стенки и ранним обращением до 2 часов от начала заболевания предполагать направление пациента на ПЧКВ. В этих случаях фельдшер/врач СМП

информирует пациента о необходимости вмешательства. Направление пациента в ближайшее ПСО/РСЦ, имеющее возможность обеспечить ПЧКВ в указанных временных границах, согласуется с дежурным реаниматологом данного учреждения. Направление пациента в ПСО/РСЦ осуществлять согласно территориальному распределению. В случае недоступности (занятости) рентген-операционной

территориально ответственного ПСО/РСЦ, пациент направляется в ближайшую свободную операционную по согласованию.

Пациенты с ОКС с элевацией ST:

- с сомнительными показаниями к реперфузионному лечению;
- категорически отказывающиеся от возможного эндоваскулярного вмешательства;
- с признаками неадекватного поведения или дезориентированные в личности и пространстве в результате воздействия алкоголя/наркотиков или как проявление сопутствующего поражения головного мозга (в том числе возрастного инволютивного генеза);
- обратившиеся за помощью за пределами реперфузионного окна (первые 12 часов от начала симптомов), направляются в ответственное ПСО/РСЦ согласно территориальному распределению.