



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**  
(Минздрав ЧР)  
**НОХЧИЙН РЕСПУБЛИКИН МОГШАЛЛА ІАЛАШІАРАН**  
**МИНИСТЕРСТВО**

**П Р И К А З**

28.02.2022

№ 113

г. Грозный

Об организации оказания медицинской помощи  
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, требующих госпитализации в первичные сосудистые отделения и региональные сосудистые центры (приложение № 2);
  - 1.3. Перечень состояний, требующих проведения тромболитической терапии (приложение № 3);
  - 1.4. Схему маршрутизации при оказании медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (приложение № 4);
2. Руководителям медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Чеченской Республики:
  - 2.1. Обеспечить неукоснительное исполнение пунктов 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 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. Обеспечить своевременный перевод пациентов из медицинских организаций региона с целью сохранения резерва коечного фонда для экстренной госпитализации в первичные сосудистые отделения и региональные сосудистые

центры;

3. Главному врачу ГБУ «Республиканская станция скорой медицинской помощи» Ихаеву А.Б. обеспечить соблюдение маршрутизации пациентов с ОКС и ОНМК согласно подпункта 1.4. настоящего приказа.

4. Отделу делопроизводства, организационной и контрольной работы ГКУ «Управление по обеспечению деятельности Министерства здравоохранения Чеченской Республики» довести настоящий приказ до сведения структурных подразделений Минздрава ЧР, руководителей медицинских организаций, подведомственных Минздраву ЧР, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, филиала АО «МАКС-М» в г. Грозный, ГБУ «Медицинский информационно-аналитический центр».

5. Признать утратившим силу приказ Минздрава ЧР от 12.04.2021 г. № 138 «Об организации оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения на территории Чеченской Республики».

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

7. Контроль над исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Чеченской Республики Тапаева А.Ш.

Министр



И.Х. Байсултанов

## **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. Алгоритм 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/РЦ, 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 РЦ, 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 РЦ. При наличии медицинских показаний больной транспортируется в РЦ.

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:**

#### **3.1. с ОКС:**

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

- При оказании помощи пациентам с ОКС 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, продолжается 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, D-димера, фибриногена в сыворотке крови, активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), активированного времени свертывания (АВС), кислотно-щелочного баланса и газового состава крови (по показаниям), международного нормализованного отношения (МНО) и далее пациент госпитализируется в ПРИТ профильного отделения или этапируется из приемного отделения в рентгенооперационную для проведения ЧКВ. 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;

#### **3.2 с ОНМК:**

- 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; в критическом состоянии госпитализация в ПРИТ осуществляется немедленно.
- 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. При отсутствии нейрохирурга в ПСО, консультация нейрохирурга осуществляется дистанционно с централизованной передачей изображений КТ/МРТ, согласно маршрутизации ПСО.
- дальнейшее обследование, лечение и реабилитация пациентов с ОНМК осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2013 г. № 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 15.11.2012 г. № 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;
- перевод пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST на ЭКГ в РСЦ на любом из этапов (СП, ПСО) **не требует согласований** и осуществляется немедленно в профильный РСЦ для проведения ЧКВ. Профильный РСЦ уведомляется о транспортировке пациента с данной патологией;
- 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, немедленно, после регистрации ЭКГ и первых неотложных мероприятий (гепарин, дезагреганты, адекватная анальгезия), переводится в РСЦ для проведения экстренного ЧКВ;
- 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, как можно быстро, в течение 2-х часов, доставляется в РСЦ для экстренного ЧКВ;
- 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 пациента ОКС с подъемом сегмента осуществляется с уведомлением профильного РСЦ без согласования!

Перевод пациента с ОКС без подъема сегмента ST 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:

Рекомендуемое время «дверь госпиталя — дверь рентгеноперационной» не более 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 в течение 2 часов;
- ранняя постинфарктная стенокардия.
- инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST после неуспешной тромболитической терапии переводится в РСЦ в течение двух часов;
- острый коронарный синдром без подъема сегмента ST при наличии признаков пограничного риска неблагоприятного прогноза в течение 12 часов.

Перевод инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST осуществляется по уведомлению, не требует согласования.

Перевод острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST 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 **относительных** 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;
- 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).

При переводе в РСЦ необходима индивидуальная оценка показаний\противопоказаний, в том числе с привлечением **специалистов РСЦ**, для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

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

- субкортикальные кровоизлияния объемом 30-60 мм<sup>3</sup>, сопровождающиеся выраженным неврологическим дефицитом и/или приводящие к дислокации мозга;
- кровоизлияния в мозжечок объемом более 10-15 см<sup>3</sup>, 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 при наличии временных и иных показаний для проведения рентгенэндоваскулярного восстановления церебрального кровотока;
- транзиторные ишемические атаки неуточненной этиологии, перевод в неврологическое отделение регионального сосудистого центра, после проведения полного объема обследования, возможного в первичных сосудистых отделениях.

Реконструктивные операции на сосудах осуществляются после острого периода ишемического инсульта. Госпитализация осуществляется в отделение нейрохирургии РСЦ!

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:

- терминальная кома.
- тяжелая соматическая патология (сахарный диабет, почечная, печеночная, сердечно-сосудистая, легочная патология в стадии декомпенсации, некорригируемая 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 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.

11. Алгоритм доставки больных из зоны своей ответственности первичными сосудистыми отделениями в региональные сосудистые центры.

11.1. 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.

11.1.1. 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.

11.1.2 При необходимости проведения операции аорто-коронарного шунтирования в экстренном порядке пациенту с ОКС, после решения Консилиума, руководитель РСЦ, в котором находится пациент, связывается с руководителем ГБУ «Республиканский центр медицины катастроф», директором департамента лечебно-профилактической помощи населению Минздрава ЧР и главным внештатным специалистом Минздрава ЧР по профилю, для согласования эвакуации пациента в ближайшую клинику федерального значения с кардиохирургической службой - ФГБУ «ФЦ ССХ г. Астрахань». Контактное лицо – Антонина Валерьевна Кадыкова, заместитель главного врача по лечебной работе.

### **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. Обеспечение 80% охвата диспансерным наблюдением больных, перенесших инфаркт миокарда, нестабильную стенокардию, кардиохирургические и интервенционные вмешательства.

**Перечень состояний, требующих госпитализации в  
первичные сосудистые отделения и региональные сосудистые центры**

**1. 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: пациенты ОКС с подъемом ST со всей территории Чеченской Республики подлежат госпитализации в РСЦ для проведения немедленного ЧКВ в максимально короткие сроки. При условии доставки в течение двух часов от начала заболевания пациенты с ОКС с подъемом ST, пациенты должны госпитализироваться в РСЦ, минуя промежуточные этапы госпитализации (ПСО, профильные кардиологические стационары вне структуры РСЦ).

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 дефибриляция 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.

## **2. Не подлежат транспортировке в ПСО (РСЦ) больные:**

С терминальной стадией заболевания, агональным состоянием, терминальной стадией комы (госпитализируются в дежурные стационары).

Помощь больному с ОНМК должна быть оказана в условиях ПСО/РСЦ, далее возможен перевод в неврологическое отделение или иные отделения паллиативного или иного ухода.

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 тромболитика

### 1. Кардиология.

Пациенты с ОКС с подъемом ST со всей территории Чеченской Республики подлежат госпитализации в РСЦ для проведения немедленного ЧКВ в максимально короткие сроки. При условии доставки в течение двух часов от начала заболевания пациенты с ОКС с подъемом ST должны госпитализироваться в РСЦ, минуя промежуточные этапы госпитализации (ПСО, профильные кардиологические стационары вне структуры РСЦ).

Системный тромболитик показан:

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

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

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

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

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

Локальный тромболитик 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 нестабильной гемодинамике, только в стационарных условиях.

### 2. Неврология.

Системный тромболитик показан при ОНМК только в стационарных условиях при отсутствии внутрисерпного 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.

Внутриартериальный тромболизис при ишемическом инсульте уже не проводится, его заменяют рентгенэндоваскулярные методы лечения.

В каждом кабинете должен быть перечень показаний и противопоказаний для проведения ТЛТ и/или рентгенэндоваскулярных методов лечения при ишемическом инсульте.

Показания к реперфузионному лечению при ОКС с п 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»)  $\geq 60$  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.

### **Противопоказания к проведению тромболизиса**

**Абсолютные противопоказания:**

- геморрагический инсульт любой давности/ОНМК неизвестной этиологии
- ишемический инсульт в течение 6 месяцев
- внутричерепное новообразование
- закрытые травмы головы в последние 3 месяца
- наличие признаков кровотечения (не менструальное)
- подозрение на расслоение аорты
- геморрагический диатез

- изменение структуры мозговых сосудов (а-в мальформация, артериальные аневризмы)

#### Относительные противопоказания:

- Устойчивая плохо контролируемая АГ
- АГ более 180/110 мм рт.ст. при осмотре
- Ишемический инсульт более 3-х месяцев
- Деменция или другая внутричерепная патология
- Длительная реанимация (более 10 мин.), обширная операция в течение 3-х недель
- Прием антикоагулянтов (чем выше МНО, тем больше риск)
- Недавнее (2-4 недели) кровотечение
- Пункция сосуда, не поддающегося прижатию
- Аллергическая реакция или недавнее введение стрептокиназы (более 5 суток, или известная ранее)
- Беременность
- Обострение ЯБ.

### Чек-лист по реперфузии

#### РЕПЕРФУЗИОННАЯ КАРТА ПРИ ОКС (лицевая сторона)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Диагноз: \_\_\_\_\_

Время появления симптомов \_\_\_\_\_

Время прибытия бригады СМП/самообращения в приемный покой \_\_\_\_\_

#### ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ТЛТ

Время от появления симптомов не более 12 часов?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
ЭКГ-критерии для ТЛТ	<input type="checkbox"/> есть	<input type="checkbox"/> нет

Если «ДА» - оценить наличие противопоказаний:

#### АБСОЛЮТНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Внутричерепное кровоизлияние в анамнезе	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Наличие структурных поражений церебральных сосудов	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет



Наличие злокачественных внутричерепных образований	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Ишемический инсульт в течение предшествующих 3 месяцев	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Подозрение на расслоение аорты	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Активное кровотечение (за исключением менструаций)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Геморрагический диатез	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Значимая закрытая ЧМТ в течение последних 3 месяцев	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет

При ответе «ДА» хотя бы по одному пункту ТЛТ проводиться **НЕ ДОЛЖНА**

### ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- Тяжелая хроническая плохо контролируемая АГ в анамнезе
- Тяжелая неконтролируемая АГ при поступлении (САД более 180 мм рт. ст. или ДАД более 110 мм рт. ст.)
- Предшествующий ишемический инсульт давностью более 3 месяцев, деменция в анамнезе или данные о наличии внутричерепной патологии, не отраженной в перечне абсолютных противопоказаний
- Травматичная или длительная (более 10 мин.) сердечно-легочная реанимация или крупная операция (в течение предшествующих 3 недель)
- Недавнее (в течение последних 2-4 недель) внутреннее кровотечение
- Пункция сосудов, не поддающихся компрессии
- Для стрептокиназы/антистреплазы: предшествующее применение (более 5 дней назад) или предшествующая аллергическая реакция на эти препараты
- Беременность
- Активная пептическая язва
- Применение антикоагулянтов в настоящий момент: чем выше МНО, тем выше риск кровотечения

**Перечень противопоказаний представлен как материал для клинического решения и не может быть исчерпывающим или окончательным**

### РЕПЕРФУЗИОННАЯ КАРТА (оборотная сторона)

Решение о проведении ТЛТ принято?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
-----------------------------------	-----------------------------	------------------------------

Если «нет» - уточнить причину отказа \_\_\_\_\_

Догоспитальная ТЛТ	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
--------------------	-----------------------------	------------------------------

Если «нет» – время доставки в стационар \_\_\_\_\_

Время начала ТЛТ \_\_\_\_\_

Аспирин Доза:	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Клопидогрель	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет

Доза:

Тромболитический препарат \_\_\_\_\_

Антитромбин \_\_\_\_\_

Время окончания ТЛТ \_\_\_\_\_

Осложнения/побочные реакции	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
-----------------------------	-----------------------------	------------------------------

Уточнить \_\_\_\_\_

Критерии эффективности ТЛТ:	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
1. Купирован болевой синдром	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
2. Реперфузионные аритмии	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
3. ST снизился более 50%	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4. Формирование (-) T	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
«Спасительное» ЧКВ	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет

Время - «симптом-игла» \_\_\_\_\_

Время - «медицинский контакт-игла»/»дверь-игла» \_\_\_\_\_

Дата

Врач

Приложение № 4  
к приказу Минздрава ЧР  
от « 28 » 01 2022 г. № 113

**Схема маршрутизации при оказании медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями**

Региональный сосудистый центр*	Зона обслуживания (медицинская организация)
<p>РСЦ на базе ГБУ «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи им. У.И. Ханбиева» (РСЦ -1)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ГБУ «Грозненская ЦРБ»</li> <li>2. ГБУ «Надтеречная ЦРБ»</li> <li>3. ГБУ «Наурская ЦРБ»</li> <li>4. ГБУ «ЦРБ Урус-Мартановского района»</li> <li>5. ГБУ «Серноводская ЦРБ»</li> <li>6. ГБУ «Шатойская МРБ»</li> <li>7. ГБУ «Ачхой-Мартановская ЦРБ»</li> </ol>
<p>РСЦ на базе ГБУ «Республиканская клиническая больница им. Ш.Ш. Эпендиева» (РСЦ -2)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ГБУ «Гудермесская ЦРБ»</li> <li>2. ГБУ «Шелковская ЦРБ»</li> <li>3. ГБУ «Ножай-Юртовская ЦРБ»</li> <li>4. ГБУ «Курчалоевская ЦРБ»</li> <li>5. ГБУ «Шалинская ЦРБ»</li> <li>6. ГБУ «Веденская ЦРБ»</li> <li>7. ГБУ «Аргунская ГБ №1»</li> </ol>
<p>РСЦ На базе ГБУ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн им. М. Т. Индербиева» (РСЦ-3)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ахматовский район г. Грозного</li> <li>2. Шейх-Мансуровский район г. Грозного</li> <li>3. Байсангуровский район г. Грозного</li> <li>4. Висаитовский район г. Грозного</li> </ol>
<p>Первичное сосудистое отделение*</p>	<p align="center">Зона обслуживания (медицинская организация)</p>
<p>ПСО на базе ГБУ «Гудермесская ЦРБ»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ГБУ «Гудермесская ЦРБ»</li> <li>2. ГБУ «Шелковская ЦРБ»</li> <li>3. ГБУ «Ножай-Юртовская ЦРБ»</li> </ol>

	4. ГБУ «Курчалоевская ЦРБ»
ПСО на базе ГБУ «ЦРБ Урус - Мартановского района»	1. ГБУ «ЦРБ Урус-Мартановского района» 2. ГБУ «Ачхой-Мартановская ЦРБ» 3. ГБУ «Серноводская ЦРБ» 4. ГБУ «Шатойская межрайонная больница»

\* все РСЦ и ПСО работают в режиме 24/7/365.

# СХЕМА МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОКС И ОНМК ПО ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

