

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ – АЛАНИЯ**

**П Р И К А З**

13. 09. 2018 г.

№ 857/д

г. Владикавказ

**О порядке оказания медицинской помощи больным  
с острым коронарным синдромом в Республике Северная Осетия-  
Алания**

В целях совершенствования оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом (далее – ОКС), в соответствии с приказами Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 918н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями", от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи», от 05 июля 2016 г. № 455н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при кардиогенном шоке», от 05 июля 2016 г. № 456н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST» с целью более эффективной организации и повышения качества оказания экстренной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом, приказываю:

1. Утвердить:

1.1. Порядок организации оказания медицинской помощи населению РСО-Алания при остром коронарном синдроме (приложение № 1);

2. Главным врачам медицинских организаций: обеспечить оказание медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом согласно Порядку, утвержденному настоящим приказом.

3. И.о. главного врача ГБУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РСО-Алания (далее – ГБУЗ РКБ) обеспечить взаимодействие с ФГБУ «Северо-Кавказский многопрофильный медицинский центр» МЗ РФ (г. Беслан) (далее - ФГБУ СКММЦ) по вопросам перевода больных из федеральной медицинской организации в кардиологическое отделение на раннюю реабилитацию после проведения рентгеноэндоваскулярных методов диагностики и лечения, а также больных, дальнейшее пребывание которых в ФГБУ СКММЦ нецелесообразно.

4. Ответственность за выполнение приказа возложить на руководителей медицинских организаций.

5. Считать утратившими силу приказы Министерства здравоохранения

РСО-Алания от 23 августа 2016 года № 719о/д "Об утверждении порядка направления больных с острым коронарным синдромом в ФГБУ «СКММЦ» МЗ РФ (г. Беслан) и ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания для проведения рентгеноэндоваскулярных методов диагностики и лечения»; от 16.09.2016 г. № 804о/д «О внесении изменений в приказ МЗ РСО-Алания от 23 августа 2016 г. № 719о/д; от 18.01.2017 г. № 21о/д «О внесении изменений в Порядок направления больных с острым коронарным синдромом в ФГБУ «СКММЦ» МЗ РФ (г. Беслан) и ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания для проведения рентгеноэндоваскулярных методов диагностики и лечения», утвержденный приказом МЗ РСО-Алания от 23 августа 2016 года № 719о/д.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра Т.И.Цидаеву.

Министр

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

М. Ратманов

**ПОРЯДОК  
ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ ПРИ ОСТРОМ  
КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ**

1. Настоящий Порядок устанавливает правила оказания медицинской помощи больным при остром коронарном синдроме (далее – ОКС) населению РСО-Алания.

2. Диагноз ОКС устанавливается медицинским работником (фельдшером, врачом скорой медицинской помощи, врачом-терапевтом, врачом-анестезиологом-реаниматологом или врачом-кардиологом медицинской организации) согласно критериям, установленным Клиническими рекомендациями Российского общества кардиологов (приложение 1 к порядку организации оказания медицинской помощи населению РСО-Алания при ОКС).

3. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь больным с ОКС оказывается в экстренной и неотложной формах вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях в любой медицинской организации, принимающей участие в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

4. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь больным с ОКС вне медицинской организации оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи, специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. № 388н "Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи".

5. В рамках оказания скорой медицинской помощи больным при ОКС, как вне медицинской организации, так и в медицинской организации, при первом контакте пациента с медицинским работником (фельдшером или врачом бригады скорой медицинской помощи, врачом-терапевтом, врачом - анестезиологом - реаниматологом, врачом - кардиологом), медицинский работник обеспечивает проведение мероприятий по устранению угрожающих жизни состояний, в том числе с проведением при наличии условий и медицинских показаний тромболизиса (приложение 2 к порядку организации оказания медицинской помощи населению РСО-Алания при ОКС).

Любой медицинский работник в рамках оказания скорой медицинской помощи, поставив диагноз ОКС, определив показания и противопоказания к соответствующему лечению (приложение 3 к порядку организации оказания медицинской помощи населению РСО-Алания при ОКС), должен купировать болевой приступ и начать антитромботическое лечение, а при развитии осложнений провести необходимую терапию, включая мероприятия по сердечно-легочной реанимации.

6. Бригады скорой медицинской помощи (далее – СМП), оснащенные оборудованием для дистанционной передачи ЭКГ - сигнала, после передачи ЭКГ на кардиопульт регионального сосудистого центра ГБУЗ РКБ или ФГБУ СКММЦ и обязательного предварительного телефонного информирования и согласования объема оказания неотложной помощи со специалистами первичного сосудистого отделения (далее – ПСО) или региональных сосудистых центров (далее – РСЦ), доставляют больных в ПСО ГБУЗ «Моздокская ЦРБ» и РСЦ, расположенные на базе ГБУЗ РКБ и ФГБУ СКММЦ, выполняющего по понедельникам и средам функции РСЦ), в которых обеспечивается круглосуточная специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь населению, согласно графику дежурств (приложение 5 к порядку организации оказания медицинской помощи населению РСО-Алания при ОКС).

Телефон дежурного кардиолога ФГБУ СКММЦ для взаимодействия: 8-961-823-43-13.

Телефон дежурного кардиолога РСЦ ГБУЗ РКБ для взаимодействия: 8-918-824-52-97.

Бригады скорой медицинской помощи, доставившие пациентов с ОКС в ФГБУ СКММЦ, ожидают решения дежурного кардиолога ФГБУ СКММЦ о госпитализации пациента не более 30 мин.

7. При невозможности доставить больного с ОКС в РСЦ ГБУЗ РКБ (либо в ФГБУ СКММЦ) или в ПСО ГБУЗ «Моздокская ЦРБ», больной транспортируется в ближайшую медицинскую организацию, имеющую в своей структуре кардиологическое отделение с палатами реанимации и интенсивной терапии или отделение анестезиологии и реанимации, в штатную численность которого входят врачи-кардиологи или врачи-анестезиологи-реаниматологи с учетом мероприятий и времени, рекомендованных алгоритмом организации медицинской помощи больным с ОИМпST (приложение 6 к порядку организации оказания медицинской помощи населению РСО-Алания при ОКС).

8. Больной с ОКС, доставленный в РСЦ ГБУЗ РКБ, ФГБУ СКММЦ или в ПСО ГБУЗ «Моздокская ЦРБ», в максимально короткие сроки поступает в БИТ, минуя этап предварительного осмотра в приемном отделении.

9. При оказании скорой медицинской помощи, в случае необходимости, осуществляется медицинская эвакуация больного, которая включает в себя санитарно-авиационную и санитарную эвакуацию.



10. При условии, что у больного с ОКС, находящегося на лечении в стационарных условиях в медицинской организации, не имеющей возможности проведения рентгенэндоваскулярных вмешательств, выявлены показания к неотложным рентгенэндоваскулярным вмешательствам, отсутствуют противопоказания к транспортировке, информация о больном направляется любым доступным методом связи дежурному врачу РСЦ ГБУЗ РКБ (либо ФГБУ СКММЦ), куда больной доставляется в течение 120 минут. Одновременно с больным в РСЦ ГБУЗ РКБ или ФГБУ СКММЦ передается направление, с указанием Ф.И.О. больного, возраста, диагноза, кратким обоснованием диагноза и проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, Ф.И.О. и контактного телефона медицинского работника, направившего больного в РСЦ ГБУЗ РКБ (либо ФГБУ СКММЦ).

При длительности заболевания более 24 часов и отсутствии рецидивирующего течения заболевания направление пациента в РСЦ ГБУЗ РКБ и ФГБУ СКММЦ из медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь по профилю «кардиология», но не имеющей возможности проведения рентгенэндоваскулярных вмешательств в экстренном порядке не производится.

При установлении диагноза острого инфаркта миокарда при длительности заболевания более 24 часов в медицинской организации, не оказывающей специализированную медицинскую помощь по профилю кардиология, пациент переводится в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь по профилю кардиология, в течение ближайших 24 часов.

11. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь больным с ОКС, в том числе с применением кардиохирургических и рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения, осуществляют свою деятельность в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденным приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 918н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями".

12. В день выписки из кардиологического отделения ГБУЗ РКБ и ФГБУ СКММЦ или иной медицинской организации, где больной с ОКС получал специализированную медицинскую помощь, медицинская организация информирует любыми возможными средствами связи территориальную медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь о выписанном больном.

13. Реабилитационная медицинская помощь пациентам с ОКС оказывается в соответствии с приказом Минздрава РСО-Алания от 02.02.2017 г. № 83о/д «Об организации медицинской реабилитации и маршрутизации больных, перенесших острый и повторный инфаркт миокарда».

## Критерии установления диагноза ОКС

**Острый коронарный синдром (ОКС)** – любая группа клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать:

1. острый инфаркт миокарда:
  - инфаркт миокарда с подъемом ST,
  - инфаркт миокарда без подъема ST,
  - инфаркт миокарда, диагностированный по изменениям ферментов, по биомаркерам, по поздним ЭКГ- признакам
2. нестабильную стенокардию.

ОКС – это рабочий диагноз в первые часы и сутки заболевания.

**ОКС с подъемом ST** диагностируется у больных с ангинозным приступом или другими неприятными ощущениями (дискомфортом) в грудной клетке и стойким подъемом сегмента ST или «новой» (впервые возникшей или предположительно впервые возникшей) блокадой ЛНПГ на ЭКГ.

Стойкие подъемы сегмента ST отражают наличие острой полной окклюзии КА. Целью лечения в данной ситуации является быстрое и стойкое восстановление просвета сосуда. Для этого при отсутствии противопоказаний используются тромболитические агенты или прямая ангиопластика – ЧКВ.

**ОКС без подъема ST** диагностируется при наличии боли в грудной клетке и изменениями на ЭКГ, не сопровождающимися подъемом ST, но свидетельствующими об острой ишемии миокарда (стойкие или преходящие депрессии ST, инверсия, сглаженность или псевдонормализация зубца T), а также при нормальной ЭКГ.

Стратегия ведения таких больных заключается в устранении ишемии и симптомов, наблюдении с повторными (серийными) регистрациями ЭКГ и определением маркеров некроза миокарда: СТр и МВ КФК. В лечении таких больных тромболитические агенты неэффективны и не используются.

### Необходимые и достаточные признаки для диагностики ИМ **Критерии ОИМ**

Один из перечисленных ниже критериев достаточен для диагноза ОИМ:

- Типичное повышение и постепенное снижение (сердечные тропонины) или более быстрое повышение и снижение (МВ КФК) биохимических маркеров некроза миокарда *в сочетании* с одним из следующих признаков:

- а) клиническая картина ОКС;

- б) появление патологических зубцов Q на ЭКГ;

- в) изменения ЭКГ, указывающие на появление ишемии миокарда: возникновение подъема или депрессии сегмента ST, блокады ЛНПГ;

- г) появление признаков потери жизнеспособности миокарда или нарушений локальной сократимости при использовании методик, позволяющих визуализировать сердце.

- Признаки ОИМ, выявленные при патологоанатомическом исследовании.

#### ***Критерии ранее перенесенного ИМ***

- Появление новых патологических зубцов Q на нескольких ЭКГ. Пациент может помнить или не помнить предшествующие симптомы. Биохимические маркеры могут нормализоваться в зависимости от времени, прошедшего с момента начала ИМ.

- Признаки зажившего или заживающего ИМ, выявленные при патологоанатомическом исследовании.

***Клиническая картина ишемии миокарда*** в 70-80 % случаев характеризуется появлением ангинозного приступа. По характеру боль сходна с таковой при приступе стенокардии, но отличается по силе и продолжительности. В большинстве случаев она полностью не купируется приемом нитроглицерина, а иногда и повторными инъекциями наркотических анальгетиков. Интенсивность болевого синдрома может быть различной — от незначительной до невыносимой. Характер болевых ощущений разнообразен: сжимающий, давящий, жгучий. Наиболее типично чувство сжатия или давления за грудиной. Может наблюдаться иррадиация боли в левую руку, левое плечо, горло, нижнюю челюсть, эпигастрий и т. д. Иногда больные предъявляют жалобы на атипичные боли только в области иррадиации, например, в левой руке.

При ИМпST боль может носить волнообразный характер и продолжается от 20 мин. до нескольких часов. Болевой синдром часто сопровождается чувством страха («страх смерти»), возбуждением, беспокойством, а также вегетативными нарушениями, например, повышенным потоотделением.

***Характерные изменения ЭКГ*** - подъем ST как минимум в двух последовательных отведениях, который оценивается на уровне точки J и составляет  $\geq 0,2$  мВ у мужчин или  $\geq 0,15$  мВ у женщин в отведениях V2 -V3 и/или  $\geq 0,1$  мВ в других отведениях (в случаях, когда нет блокады ЛНПГ и ГЛЖ).

**Повышение уровня кардиоспецифических ферментов** – тропонин и МВ КФК.

**ИМ без подъема ST** – острый процесс ишемии миокарда достаточной тяжести и продолжительности, чтобы вызвать некроз миокарда. ИМ без подъема ST отличается от нестабильной стенокардии наличием (повышением уровней) маркеров некроза миокарда, которые при НС отсутствуют.

**Нестабильная стенокардия** – острый процесс ишемии миокарда, тяжесть и продолжительность которого недостаточны для развития некроза миокарда (на ЭКГ нет подъемов ST, отсутствует выброс в кровоток биомаркеров некроза миокарда в количествах, достаточных для диагноза ИМ).

Нестабильная стенокардия характеризуется **изменением характера боли**: приступы могут учащаться (иногда они следуют с интервалом в несколько минут), становиться более интенсивными, изменять или расширять область иррадиации, появляться при меньшей нагрузке. К стенокардии напряжения нередко присоединяется стенокардия покоя, в т.ч. ее ночные приступы.

К нестабильной относят и впервые появившуюся, условно в течение первых 4 недель, а также раннюю постинфарктную стенокардию.

Изменения ЭКГ - депрессия сегмента ST, кратковременная элевация сегмента ST, изменения полярности и инверсия зубцов T – частый, но не обязательный признак нестабильной стенокардии. **Нестабильная стенокардия требует безотлагательного начала лечения и немедленной госпитализации.**



Приложение № 2  
к Порядку оказания медицинской помощи  
населению РСО-Алания при остром  
коронарном синдроме

**Общие положения, показания и противопоказания к проведению  
тромболитической терапии у больных с ОКС**

Тромболизис - важное дополнение к механической реваскуляризации, если последняя не может быть вовремя выполнена.

Преимущество первичного ЧКВ перед тромболизисом снижается, когда задержка составляет более 120 минут.

*При отсутствии противопоказаний ТЛТ следует проводить у больных ИМnST, если:*

- время от начала ангинозного приступа не превышает 12 час.;
- на ЭКГ отмечается подъем сегмента ST  $\geq 0,1$  mV, как минимум в 2-х последовательных грудных отведениях или в 2-х отведениях от конечностей,
- вновь появляется блокада ЛНПГ.

Введение тромболитиков оправдано в те же сроки при ЭКГ-признаках истинного заднего ИМ (высокие зубцы R в правых прекардиальных отведениях и депрессия сегмента ST в отведениях V1 -V4 с направленным вверх зубцом T).

Эффективность ТЛТ возрастает почти в 2 раза при комбинации с АСК.

Если бригада СМП имеет возможность мониторингового контроля за ритмом сердца и проведения электрической кардиоверсии, ТЛТ следует начать на догоспитальном этапе в машине СМП.

**Абсолютные противопоказания к ТЛТ:**

- ранее перенесенный геморрагический инсульт или нарушение мозгового кровообращения неизвестной этиологии;
- ишемический инсульт, перенесенный в течение последних 3 месяцев;
- опухоль мозга, первичная и метастатическая;
- подозрение на расслоение аорты;
- наличие признаков кровотечения или геморрагического диатеза (за исключением менструации);
- существенные закрытые травмы головы в последние 3 месяца;
- изменение структуры мозговых сосудов, например, артерио-венозная мальформация, артериальные аневризмы.

### Относительные противопоказания к ТЛТ:

- устойчивая, высокая, плохо контролируемая АГ в анамнезе;
- наличие плохо контролируемой АГ (в момент госпитализации – САД >180 мм рт.ст., ДАД >110 мм рт.ст.);
- ишемический инсульт давностью >3 месяцев;
- деменция или внутрочерепная патология, не указанная в “Абсолютных противопоказаниях”;
- травматичная или длительная (>10 мин.), сердечно-легочная реанимация или обширное оперативное вмешательство, перенесенное в течение последних 3 недель;
- недавнее (в течение предыдущих 2-4 недель) внутреннее кровотечение;
- пункция сосуда, не поддающегося прижатию;
- для стрептокиназы – введение стрептокиназы, в т.ч. модифицированной, более 5 суток назад или известная аллергия на нее;
- беременность;
- обострение язвенной болезни;
- прием антикоагулянтов непрямого действия (чем выше МНО, тем выше риск кровотечения).

### Контрольный лист принятия решения о проведении тромболитической терапии бригадой СМП

Проверьте и отметьте каждый из показателей, приведенных в таблице. Если отмечены все квадратики в столбце "Да" и ни одного в столбце "Нет", то проведение тромболитической терапии больному показано. При наличии даже одного неотмеченного квадратика в столбце "Да" ТЛТ терапию проводить не следует и заполнение контрольного листа можно прекратить		
	да	нет
Больной ориентирован, может общаться		
Характерный для ОКС болевой синдром и/или его эквиваленты, продолжающиеся не менее 20 мин., но и не более 12 часов		
После исчезновения характерного для ОКС болевого синдрома и/или его эквивалентов прошло не более 3 час.		
Выполнена качественная регистрация ЭКГ в 12 отведениях		
Есть подъем сегмента ST на 1 мм и более в двух и более смежных отведениях ЭКГ или зарегистрирована блокада левой ножки пучка Гиса, которой раньше у больного не было		
Задержка инвазивной реперфузии (ЧКВ) превысит 90 мин. от контакта с медиком		

Задержка инвазивного лечения > 60 мин. по сравнению с тромболизисом		
В период транспортировки больного имеется возможность постоянного мониторингового контроля ЭКГ (хотя бы в одном отведении), внутривенных инфузий (в кубитальной вене установлен катетер) и срочного применения дефибриллятора		
Систолическое давление крови не превышает 180 мм рт.ст.		
Диастолическое давление крови не превышает 110 мм рт.ст.		
Разница уровней систолического давления крови, измеренного на правой и левой руке, не превышает 15 мм рт.ст.		
В анамнезе отсутствуют указания на перенесенный инсульт или наличие другой органической (структурной) патологии мозга. Отсутствуют клинические признаки кровотечения любой локализации (в том числе желудочно-кишечные и урогенитальные) или проявления геморрагического синдрома		
В представленных медицинских документах отсутствуют данные о проведении больному длительной (более 10 мин.) сердечно-легочной реанимации или о наличии у него за последние 2 недели внутреннего кровотечения; больной и его близкие это подтверждают		
В представленных медицинских документах отсутствуют данные о перенесенной за последние 3 мес. хирургической операции (в т.ч. на глазах с использованием лазера) или серьезной травме с гематомами и/или кровотечением, и больной подтверждает это		
В представленных медицинских документах отсутствуют данные о наличии беременности или терминальной стадии какого-либо заболевания и данные опроса и осмотра подтверждают его		
В представленных медицинских документах отсутствуют данные о наличии у больного желтухи, гепатита, почечной недостаточности и данные опроса и осмотра больного подтверждают это		
<b>ВЫВОД:</b> ТЛТ больному (ФИО) <b>ПОКАЗАНА</b> /ПРОТИВОПОКАЗАНА (нужное обвести, ненужное зачеркнуть) Лист заполнил: Врач/фельдшер (нужное обвести) (ФИО)		
Дата. Время. Подпись. Контрольный лист передается с больным в стационар		

**Схемы введения тромболитических препаратов при ОКСспST  
(ВНОК, 2007; ESC, 2007; ACC/AHA, 2007)**

Препарат	Дозы
Альтеплаза	Внутривенно 1 мг/кг массы тела (но не более 100 мг): болюс 15 мг; последующая инфузия 0,75 мг/кг массы тела за 30 мин (но не более 50 мг), затем 0,5 мг/кг (но не более 35 мг) за 60 мин. (общая продолжительность инфузии 1,5 часа)
Тенектеплаза	Внутривенно болюсом: 30 мг при массе < 60 кг, 35 мг при 60 - 70 кг, 40 мг при 70 - 80 кг; 45 мг при 80 - 90 кг и 50 мг при массе тела > 90 кг
Проурокиназа	Внутривенно: болюс 2000000 МЕ и последующая инфузия 4000000 МЕ в течение 30 - 60 мин.
Фортенлазе (Фортелизин)	<p>Первая схема: Фортелизин вводится двумя болюсами (данная схема рекомендуется для применения на догоспитальном и раннем госпитальном этапах). 10 мг (2 флакона) и через 30 минут - 5 мг (1 флакон).</p> <p>Вторая схема: Фортелизин вводится болюсно-инфузионно (данная схема рекомендуется для применения в условиях стационара). 10 мг (2 флакона) вводится болюсно, 5 мг (1 флакон) дополнительно разводится в 50 мл 0,9% раствора натрия хлорида и вводится инфузионно в течение 30 мин.</p> <p>Раствор препарата Фортелизин не подлежит хранению! Не разводить содержимое флакона водой для инъекций! Не разводить раствором декстрозы (глюкозы)!</p>



### **Лечение не осложненного ИМпСТ на догоспитальном этапе**

#### ***А. Базовая терапия***

- Устранить болевой синдром.
- Разжевать таблетку, содержащую 250 мг АСК.
- Принять per os 300 мг клопидогрела.
- Начать в/в инфузию нитроглицерина, в первую очередь больным с сохраняющимся ангинозным синдромом, АГ, острой СН.

#### ***Только для врачебных бригад!***

- Начать лечение  $\beta$ -блокаторами (учитывать противопоказания!). Предпочтительно первоначальное в/в введение, особенно у больных с ишемией миокарда, которая сохраняется после в/в введения наркотических анальгетиков или рецидивирует, АГ, тахикардией или тахиаритмией, не имеющих СН и других противопоказаний к  $\beta$ -блокаторам.

#### ***Б. Предполагается выполнение первичной ТБА***

- Нагрузочная доза клопидогрела может быть увеличена до 600 мг.

#### ***В. ТЛТ на догоспитальном этапе***

- Проводится при наличии показаний и отсутствии противопоказаний.
- Начать ТЛТ следует в ближайшие 30 мин. после прибытия бригады СМП.
- Если предпочтение отдается использованию антикоагулянтов, может быть выбран фондапаринукс, эноксапарин или НФГ. При применении фибринспецифичных тромболитиков должны использоваться эноксапарин или НФГ.

#### ***Г. Проведение реперфузионной терапии не предполагается***

Решение о целесообразности применения антикоагулянтов прямого действия может быть отложено до поступления больного в стационар.

Приложение № 4  
к Порядку оказания медицинской помощи  
населению РСО-Алания при остром  
коронарном синдроме

**Информированное добровольное согласие на транспортировку в РСЦ  
для госпитализации и определения показаний к проведению  
оперативного лечения (ЧКВ)**

Я

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения,  
проживающий по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

даю информированное добровольное согласие на транспортировку в РСЦ для госпитализации и определения показаний к проведению оперативного лечения, предложенную мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель)  
проживающему по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина, от имени которого  
выступает законный представитель)

медицинское вмешательство \_\_\_\_\_ ЧКВ,  
(наименование вида медицинского вмешательства)

необходимое для оказания медицинской помощи в связи с имеющимся заболеванием (состоянием), осуществляемое в РСЦ (ГБУЗ «Республиканская клиническая больница» или ФГБУ «Северо-Кавказский многопрофильный медицинский центр Министерства здравоохранения Российской Федерации»  
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским  
работником

\_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О. врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании  
медицинской помощи)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского  
работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

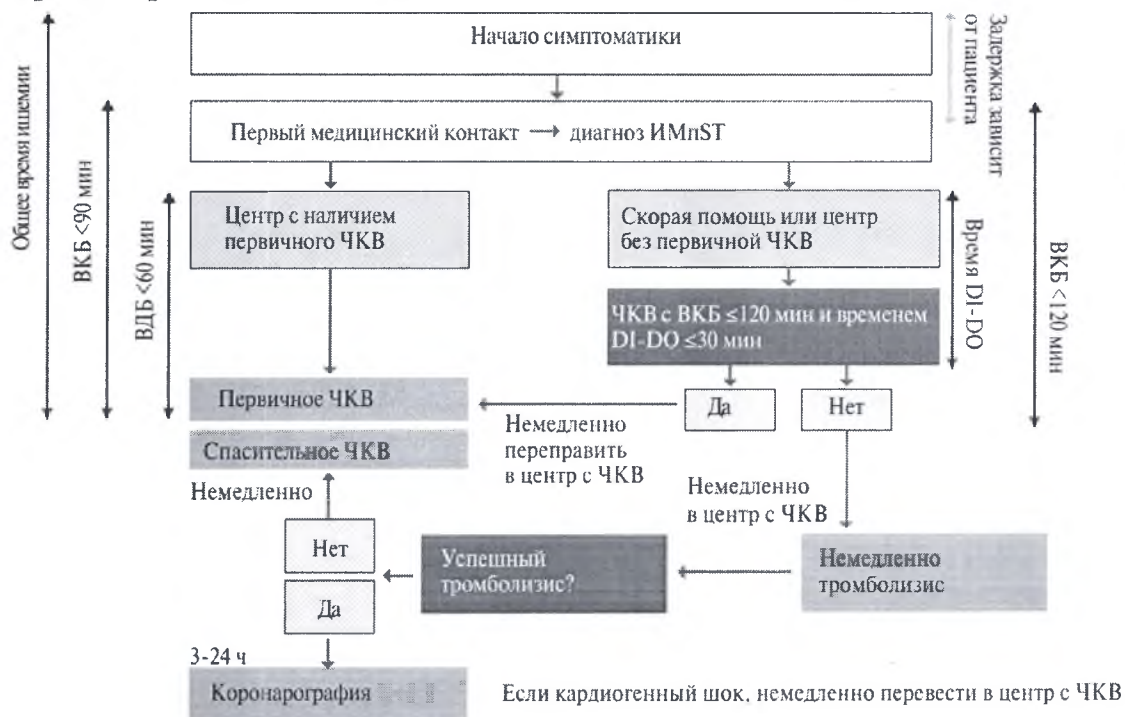
Приложение № 5  
к Порядку оказания медицинской помощи  
населению РСО-Алания при остром  
коронарном синдроме

**Карта маршрутизации пациентов с ОКС**

Муниципальное образование	Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь при ОКС	Дни недели
г. Владикавказ Алагирский район Ардонский район Дигорский район Ирафский район Правобережный район Пригородный район Кировский район	РСЦ ГБУЗ РКБ      РСЦ ФГБУ СКММЦ	вторник, четверг, пятница, суббота, воскресенье      понедельник, среда
Моздокский район  при наличии показаний к проведению ЧКВ	ПСО ГБУЗ «Моздокская ЦРБ»  РСЦ ГБУЗ РКБ   РСЦ ФГБУ СКММЦ	понедельник – воскресенье  вторник, четверг, пятница, суббота, воскресенье   понедельник, среда

Приложение № 6  
к Порядку оказания медицинской помощи  
населению РСО-Алания при остром  
коронарном синдроме

### Алгоритм организации медицинской помощи больным с ОИМпСТ



Организация помощи пациенту с ИМпСТ с учётом до- и внутригоспитального ведения и реперфузионных стратегий в течение 12 часов от первого медицинского контакта с идеальными временными интервалами вмешательства.

**Сокращения:** время DI-DO — период от поступления до выписки из первичного учреждения, ВДБ — время "дверь-баллон", VKB — время от первого медицинского контакта до баллона, ЧКВ — чрескожное коронарное вмешательство, ИМпСТ — инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST.

Если больной, которому показана ТБА (ЧКВ), доставлен в стационар, в котором это вмешательство не проводится, его следует срочно перевести в учреждение, где ТБА (ЧКВ) может быть осуществлена, при условии, что транспортировка не приведет к неприемлемой потере времени.

#### **ТЛТ не уступает по эффективности ТБА, если:**

- больной госпитализирован в первые 3 часа ИМпСТ и нет возможности быстро выполнить ТБА;
- проведение ТБА невозможно (нет ангиографии или лаборатория занята, есть проблемы с сосудистым доступом, нет возможности доставить больного в ангиографическую лабораторию или недостаточен навык исследователя);
- ТБА не может быть проведена в течение 120 мин. после первого контакта с медицинским персоналом.



***Инвазивная стратегия предпочтительнее, если:***

- имеются ангиографическая лаборатория и опытная команда исследователей, работающая круглосуточно 7 дней в неделю в учреждении с программой лечения острых коронарных больных, а время от первого контакта с медицинским персоналом до раздувания баллона в КА не превышает 90 мин. (этот срок может быть увеличен до 120 мин., кроме случаев, когда от начала заболевания прошло не более 2 час. и если под угрозой находится большая область жизнеспособного миокарда);

- у больного тяжелые осложнения ИМ: кардиогенный шок, острая СН, угрожающие жизни аритмии (в случаях, когда своевременное выполнение ТБА невозможно, следует как можно быстрее начать ТЛТ);

- имеются противопоказания к ТЛТ: высокий риск кровотечений и геморрагического инсульта;

- поздняя госпитализация больного – длительность симптомов ИМпST >3 час.

- имеются сомнения в диагнозе ИМ или предполагается отличный от тромботической окклюзии механизм прекращения кровотока по КА.

Рентгенэндоваскулярные вмешательства (первичное чрескожное вмешательство) при неосложненном течении выполняется в первые 12 часов от начала течения заболевания. При осложненном течении острого коронарного синдрома сроки рентгенэндоваскулярных вмешательств могут быть продлены. После тромболитической терапии рентгенэндоваскулярное вмешательство может быть выполнено в период до 24 часов от начала течения заболевания.