



МАРИЙ ЭЛ РЕСПУБЛИКЫН
ТАЗАЛЫК АРАЛЫМЕ
МИНИСТЕРСТЫЖЕ

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ

П Р И К А З

« 11 » 09 2018 г. № 1591

О совершенствовании организации оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения на территории Республики Марий Эл

В целях совершенствования системы оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями в соответствии с приказами Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и 15 ноября 2012 г. № 928н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

1.1. Регламент оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (приложение № 1);

1.2. Регламент оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом (приложение № 2);

1.3. Маршрутизацию пациентов в медицинские организации, участвующие в оказании медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями (приложение № 3);

2. Главным врачам медицинских организаций, подведомственных Минздраву Республики Марий Эл, организовать работу в соответствии с требованиями приказов Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», и от 15 ноября 2012 г. № 928н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» и настоящего приказа.

3. Признать утратившими силу приказы Минздрава Республики Марий Эл от 6 июня 2011 г. № 434 «Об утверждении комплекса мер по реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, на территории Республики Марий Эл», от 8 октября 2013 г. № 1542 и от 12 февраля 2018 г. № 169, вносящих изменения в приказ от 6 июня

2011 г. № 434 «Об утверждении комплекса мер по реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, на территории Республики Марий Эл».

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя министра Бастракову Т.А.

Министр



М.В.Панькова

Согласовано:

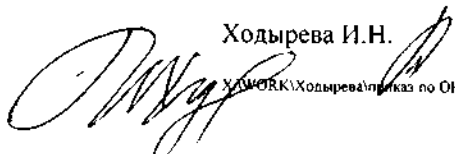
Главный специалист-эксперт



Н.В.Свинцова

Ходырева И.Н.

У:\МОРК\Ходырева\Приказ по ОКС и ОНМК.docx



**Регламент
оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями
мозгового кровообращения на территории Республики Марий Эл**

1. Настоящий Регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (далее - ОНМК).

2. К ОНМК относятся состояния, соответствующие кодам I60 - I64, G45 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр).

3. Оказание медицинской помощи больным с ОНМК осуществляется в рамках последовательного процесса, начинающегося на догоспитальном этапе, продолжающегося в стационарных условиях в медицинских организациях, далее - в амбулаторно-поликлинических учреждениях, в том числе в отделениях реабилитации, санаторно-курортных учреждениях.

4. Оказание медицинской помощи больным с ОНМК на догоспитальном этапе:

4.1. Осуществляется: врачами и фельдшерами амбулаторно-поликлинических структурных подразделений медицинской организации с последующим вызовом скорой медицинской помощи (далее - СМП) и экстренным направлением больных на госпитализацию бригадами врачебной или фельдшерской СМП.

4.2. Бригада СМП обеспечивает коррекцию жизненно важных функций, проведение (при необходимости) реанимационных мероприятий и максимально быструю госпитализацию больного в ближайшую медицинскую организацию, в структуре которой организовано ПСО или РСЦ, включающее неврологическое отделение для больных с ОНМК (далее – Отделение), согласно алгоритму догоспитальной помощи при ОНМК (приложение 1 к Регламенту оказания медицинской помощи больным ОНМК).

4.3. Бригада СМП, производящая транспортировку больного с признаками ОНМК в медицинскую организацию, в которой создано Отделение, предварительно устно оповещает медицинскую организацию о поступлении больного с признаками ОНМК с указанием приблизительного времени поступления.

4.4. На догоспитальном этапе бригадой СМП, транспортирующей больного с ОНМК, заполняется контрольный лист о вероятном проведении тромболитической терапии (приложение 2 к Регламенту оказания медицинской помощи больным ОНМК), который сдается дежурному неврологу ПСО или РСЦ.

4.5. Госпитализации подлежат все пациенты с подозрением на ОНМК.

Не подлежат транспортировке в ПСО (РСЦ) больные:

4.5.1. В агональном состоянии, в том числе, при неэффективности сердечно-легочной реанимации при внезапной сердечно-сосудистой смерти на догоспитальном этапе.

4.5.2. ОНМК с установленными ранее (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.

4.5.3. ОНМК с установленными ранее (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.

Признаками агонального состояния больного являются:

- двигательное и речевое возбуждение, сменяющееся полным отсутствием двигательной активности и речевого контакта;
- кома глубокая или запредельная, утрата 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.

Данные пациенты госпитализируются в профильные стационары согласно утвержденному графику дежурств.

4.6. При отказе пациента или его законных представителей (доверенное лицо) от госпитализации в ПСО (РСЦ) оформляется письменный информированный отказ от госпитализации.

4.7. Негоспитализированные больные с диагнозом ОНМК обеспечиваются медицинской помощью амбулаторно-поликлиническими учреждениями. Информация о негоспитализированных больных передается из отделения (станции) СМП или приемного отделения стационара в поликлинику по месту жительства больного.

5. Больные с признаками ОНМК при поступлении в ПСО (РЦ) направляются, минуя приемный покой, в смотровой кабинет, где в экстренном порядке осматриваются дежурным врачом-неврологом, который:

- оценивает состояние жизненно важных функций организма больного, общее состояние больного, неврологический статус;
- по медицинским показаниям совместно с реаниматологом проводит мероприятия, направленные на восстановление нарушенных жизненно важных функций организма больного с признаками ОНМК;
- организует выполнение электрокардиографии, забора крови для определения количества тромбоцитов, содержания глюкозы в периферической крови, международного нормализованного отношения (далее - МНО), активированного частичного тромбопластингового времени (далее - АЧТВ).

6. Определение содержания тромбоцитов, глюкозы в периферической крови, МНО, АЧТВ производится в течение 20 минут с момента забора крови, после чего результат передается дежурному врачу-неврологу Отделения.

7. После проведения мероприятий, указанных в пункте 5 настоящего Регламента, больной с признаками ОНМК направляется в кабинет компьютерной томографии и (или) магнитно-резонансной томографии медицинской организации, в которой создано Отделение для проведения компьютерной томографии (далее - КТ-исследование) или магнитно-резонансной томографии (далее - МРТ-исследование) головного мозга с целью уточнения диагноза.

8. Заключение по результатам проведения КТ/МРТ-исследования головного мозга передается дежурному врачу-неврологу Отделения.

9. Время с момента поступления больного с признаками ОНМК в Отделение до получения дежурным врачом-неврологом Отделения заключения КТ/МРТ-исследования головного мозга и исследования крови составляет не более 40 минут.

10. Дежурный невролог заполняет карту первичного осмотра больного с ОНМК.

11. Бригада СМП, доставившая пациента, ожидает подтверждения диагноза ОНМК. В случае неподтверждения диагноза ОНМК, а пациент по состоянию здоровья нуждается в медицинской помощи в условиях стационара, бригада СМП обеспечивает транспортировку пациента в профильный стационар согласно утвержденному графику дежурств.

12. При подтверждении диагноза ОНМК больные направляются в палату (блок) реанимации и интенсивной терапии (БРИТ) Отделения. Время с момента поступления больного в медицинскую организацию до перевода в профильное отделение составляет не более 60 минут.

13. Пациентам от 18 до 80 лет с верифицированным ишемическим инсультом в случае, если время от появления первых симптомов заболевания до момента начала лечения не превышает 4,5 часа, показано, с учетом противопоказаний, проведение внутривенной тромболитической терапии в условиях БРИТ Отделения.

14. Больным, у которых по заключению КТ/МРТ-исследования установлены признаки геморрагического инсульта, проводится консультация нейрохирурга в срок не позднее 60 минут с момента получения результатов КТ-исследования, по итогам которой консилиумом врачей принимается решение о тактике лечения.

15. Больным со злокачественным инфарктом в бассейне средней мозговой артерии в первые 24 часа от начала развития заболевания проводится консультация нейрохирурга, по итогам которой консилиумом врачей принимается решение о тактике лечения.

16. Перевод больного из ПСО в РСЦ для оперативного лечения осуществляется при наличии показаний.

16.1. Вопрос о необходимости проведения церебральной ангиографии, селективной тромболитической терапии (далее - СелТЛТ), стентирования сосудов головного мозга, внутрисосудистой тромбэктомии (механическая тромбэкстракция и тромбоаспирация) решают ответственный невролог, нейрохирург, врач отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения (далее – ОРХМДиЛ). Консультация специалистами РСЦ проводится по телефону, с помощью телемедицины или в виде очной консультации.

16.2. СелТЛТ в течение первых 6 часов может применяться для лечения пациентов с ишемическим инсультом вследствие окклюзии средней мозговой артерии (далее – СМА) и основной артерии, не являющихся кандидатами для проведения внутривенного тромболизиса при невозможности выполнения внутрисосудистой тромбэктомии.

Показания к проведению СелТТ, внутрисосудистой тромбэктомии определяются коллегиально ответственным врачом-неврологом, реаниматологом, врачом ОРХМДиЛ.

16.3. Транспортировка больного в РСЦ осуществляется силами общепрофильной или реанимационной бригады (при наличии показаний) СМП в экстренном порядке (приоритетный вызов). Бригада СМП должна осуществить транспортировку в кратчайшие сроки. При поступлении, больной госпитализируется в блок реанимации и интенсивной терапии (далее - БРИТ) под наблюдение и лечение дежурного врача-невролога и врача-реаниматолога. При наличии геморрагической трансформации инсульта больной в экстренном порядке консультируется нейрохирургом.

17. Длительность пребывания больного с ОНМК в БРИТ Отделения определяется тяжестью состояния больного, но не может быть менее 24 часов, необходимых для определения патогенетического варианта ОНМК, тактики ведения и проведения мероприятий, направленных на предотвращение повторного развития ОНМК.

18. В БРИТ в течение 3 часов с момента поступления каждому больному с ОНМК проводятся:

- оценка неврологического статуса, в том числе с использованием оценочных шкал (NIHSS; шкала комы Глазго и т.п.)
- оценка соматического статуса;
- оценка функции глотания

- оценка нутритивного статуса
- лабораторные исследования крови (развернутый общий анализ, биохимический анализ, коагулограмма) и общий анализ мочи;
- дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных сосудов;
- дуплексное сканирование транскраниальное;
- определение тактики ведения и назначение необходимых мероприятий, направленных на предотвращение повторного развития ОНМК.

19. В БРИТ Отделения в течение всего срока пребывания каждому больному с ОНМК проводятся:

- мониторинг неврологического статуса (не реже чем 1 раз в 4 часа, при необходимости чаще);
- мониторинг соматического статуса, включающий контроль за функцией сердечно-сосудистой, дыхательной системы и системы гомеостаза (не реже чем 1 раз в 4 часа, при необходимости чаще);
- мониторинг лабораторных показателей;
- мероприятия по предупреждению соматических осложнений и повторного развития ОНМК;
- оценка нутритивного статуса;
- ранняя медицинская реабилитация.

20. При наличии медицинских показаний в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии больному с ОНМК проводится:

- транскраниальная микроэмболодетекция;
- транскраниальное доплеровское мониторирование;
- эхокардиография трансторакальная;
- системная тромболитическая терапия и (или) тромбозмболэктомия.

21. В случае необходимости проведения больному с ОНМК искусственной вентиляции легких длительностью более 7 суток, при наличии сопутствующей патологии, влияющей на тяжесть состояния, больной по решению консилиума врачей может переводиться в отделение интенсивной терапии и реанимации (общей реанимации) медицинской организации.

22. Мероприятия по предупреждению развития повторного ОНМК проводятся не позднее 3 суток с момента развития ОНМК и включают медикаментозные и хирургические (при наличии медицинских показаний) методы лечения. Медикаментозные методы лечения, направленные на предотвращение развития повторных ОНМК, продолжаются непрерывно после завершения оказания медицинской помощи в стационарных условиях под наблюдением медицинских работников медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

23. Комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций нервной системы в следствие ОНМК, проводится бригадой специалистов Отделения, с участием врача лечебной физкультуры, врача по медицинской реабилитации, врача-

физиотерапевта, логопеда, инструктора по лечебной физкультуре, медицинского психолога, социального работника и, при наличии медицинских показаний, иных специалистов с первого дня оказания медицинской помощи в Отделении и продолжается после выписки больного, перенесшего ОНМК, из Отделения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую реабилитацию.

24. После окончания срока лечения в Отделении в стационарных условиях дальнейшая тактика ведения и медицинская реабилитация больного с ОНМК определяются врачами и заведующим Отделением.

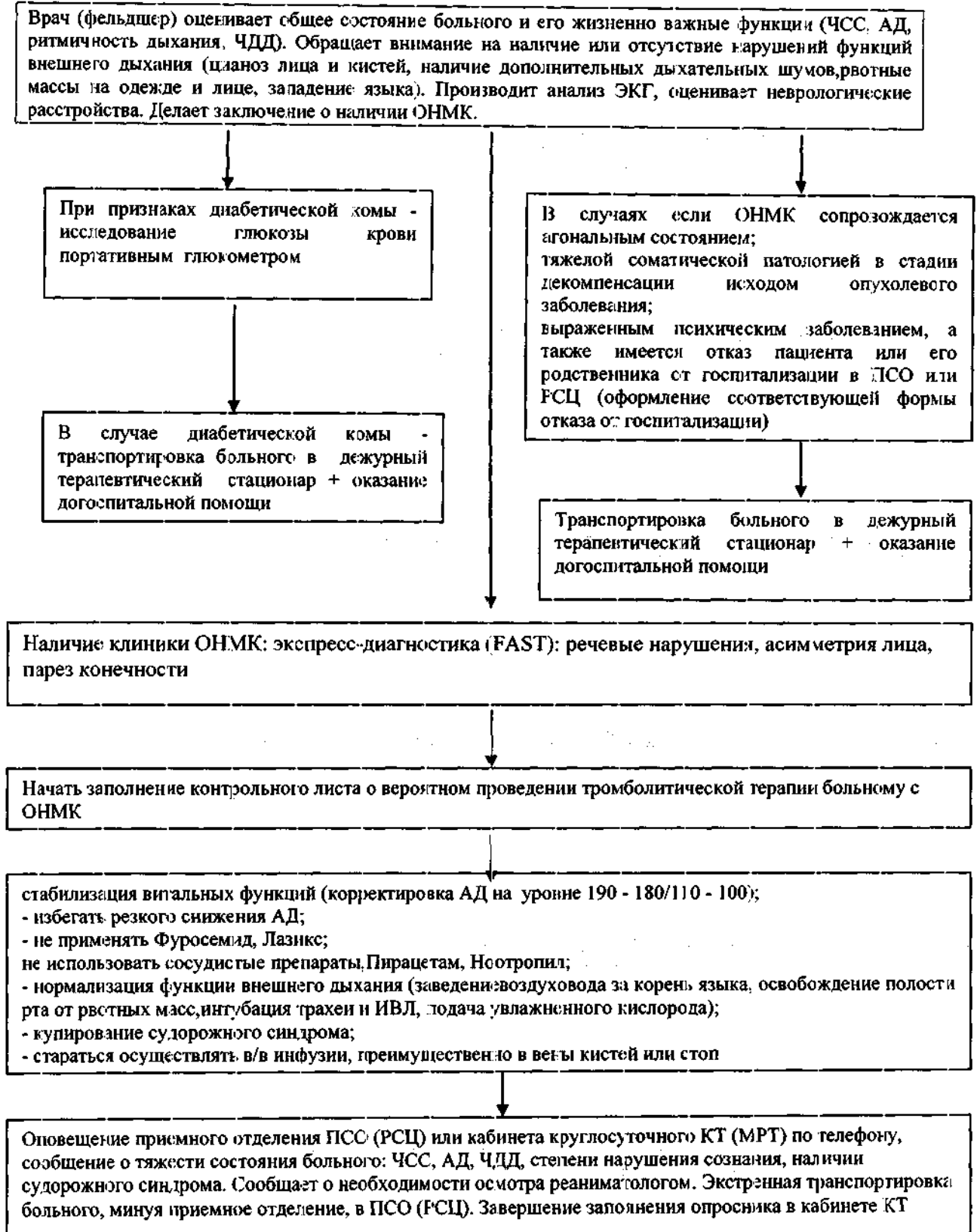
25. Больные с ОНМК при наличии медицинских показаний направляются для проведения реабилитационных мероприятий в специализированное реабилитационное отделение.

26. При определении медицинской организации для дальнейшего оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях или реабилитации больного, перенесшего ОНМК, рекомендуется оценивать уровень его мобильности по шкале реабилитационной маршрутизации (далее-ШРМ).

27. Больные с ОНМК, имеющие существенно ограниченные физические или психические возможности и нуждающиеся в интенсивной симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе, направляются для оказания паллиативной медицинской помощи.

28. Информация о выписке больных из ПСО и РСЦ передается в территориальные поликлиники (амбулаторные подразделения) для своевременного взятия на диспансерное наблюдение участковыми врачами - терапевтами.

**Алгоритм помощи при остром нарушении
мозгового кровообращения на догоспитальном этапе**



Приложение 2
к Регламенту оказания
помощи больным с ОНМК

Контрольный лист, заполняемый бригадой скорой медицинской помощи, транспортирующей больного с ОНМК, о вероятном проведении тромболитической терапии

1. ФИО _____ Возраст _____

2. Данные анамнеза настоящего заболевания:

а) Известно ли время начала заболевания?

б) Укажите время начала заболевания

(чч/мм) _____

в) Инсульт развился во время сна? (симптомы зафиксированы сразу после сна?)

г) Симптомы возникли более 4,5 часов назад?

д) Укажите какие симптомы имеют место: головная боль, головокружение, слабость в руке или ноге, нарушения речи (нужное подчеркнуть).

3. Данные анамнеза жизни:

Переносил ли инсульт за последние 3 месяца	«Да»	«Нет»
Переносил ли пациент геморрагический инсульт		
Инсульт в анамнезе+сахарный диабет		
Выполнялись ли какие-либо оперативные вмешательства в последние 3 месяца		
Была ли травма головы в последние 3 месяца		
Выполнялся ли аборт в последние 3 месяца		
Беременна ли сейчас пациентка		
Было ли обострение язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки за последние 3 месяца		
Переносил ли пациент операции на головном и спинном мозге		
Устанавливался ли ранее диагноз опухоли мозга, аневризмы, АВМ		
Страдает ли пациент почечной и печеночной недостаточностью		
Страдает ли пациент острым панкреатитом, гепатитом, эндокардитом		
Отмечались ли ранее повышенная кровоточивость, находился ли пациент по этому поводу на лечении/обследовании		
Уровень сознания менее 12 баллов по шкале Глазго		
Получал ли пациент за 48 часов до инсульта гепарин, оральные антикоагулянты (варфарин, прадакса, ксарелто и др.)		

Если в разделе данных анамнеза жизни отмечен хоть один квадратик в столбце «Да», то проведение тромболитической терапии больному противопоказано.

Лист _____

заполнил врач/фельдшер _____

(нужное подчеркнуть) (ФИО) _____

(_____ Подпись)

(Дата) _____

(Время) _____

Контрольный лист передается с больным в стационар для внесения в медицинскую карту стационарного больного.

Приложение № 2
к приказу Министерства
здравоохранения
Республики Марий Эл
от 11.09.18 № 1591

**Регламент
оказания медицинской помощи больным с острым коронарным
синдромом на территории Республики Марий Эл**

1. Настоящий Регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом и другими острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Республики Марий Эл.

2. Оказание медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом (далее - ОКС) осуществляется в рамках последовательного процесса, начинающегося на догоспитальном этапе и продолжающегося в первичных сосудистых отделениях (далее - ПСО) и региональном сосудистом центре (далее - РСЦ).

3. Показания к госпитализации в систему ПСО-РСЦ:

а) Острый коронарный синдром (Коды МКБ: I20.0, I21, I22)

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

в) С другими острыми сосудистыми заболеваниями:

- тромбоэмболия легочной артерии (Код МКБ I26) ,

- расслаивающаяся аневризма аорты (Код МКБ I71).

Не подлежат транспортировке в ПСО больные в агональном состоянии, в том числе при неэффективности сердечно-легочной реанимации при ВСС на догоспитальном этапе.

4. При обращении пациента в службу СМП с жалобами на боль в груди или боль в области сердца фельдшер по приему и передаче вызовов станции скорой медицинской помощи (далее – СМП) должен уточнить информацию для формирования повода к вызову (в экстренной форме, неотложной форме) Алгоритм действия для врачей и фельдшеров СМП в случае контакта с пациентом с болью в груди (Приложение №1 к Регламенту оказания помощи больным с ОКС

По прибытии на вызов фельдшер бригады СМП уточняет:

а) сколько времени прошло от начала возникновения боли;

б) характер боли (давит, ноет, режет, колет, сжимает, нечем дышать);

в) локализацию боли (за грудиной, в сердце, в левой руке, под левой лопаткой или в межлопаточной области);

г) устанавливался ли ранее диагноз ишемическая болезнь сердца, был ли ранее перенесенный инфаркт миокарда или гипертоническая болезнь;

д) имеется ли на руках ранее снятая ЭКГ.

5. Доставка больных с ОКС и оказание медицинской помощи больным с ОКС на догоспитальном этапе осуществляются бригадами СМП согласно схеме доставки больных с ОКС (приложении 2 к Регламенту оказания медицинской помощи больным с ОКС), алгоритму действия для врачей и фельдшеров СМП в случае контакта с пациентом с болью в груди (приложение 1 к Регламенту оказания медицинской помощи больным с ОКС).

6. Для отбора пациентов с ОКС без стойкого подъема сегмента ST бригадой СМП проводится:

- оценка клинических проявлений:

а) наличие у больного затяжного (> 15 мин.) приступа ангинозных болей за грудиной или в левой половине грудной клетки или наличие эквивалентов стенокардии (одышка, приступообразное нарушение ритма сердца, резкая общая слабость, нестабильное АД) в предшествующие 24 - 48 часов;

б) впервые возникшая (в предшествующие 28 - 30 дней) стенокардия;

в) дестабилизация ранее существующей стабильной стенокардии с появлением характеристик, присущих более высокому классу стенокардии по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества, и/или появление приступов боли в покое (прогрессирующая стенокардия, стенокардия покоя, вазоспастическая стенокардия) в предшествующие 24 - 48 часов;

- данных электрокардиографии:

а) депрессия сегмента ST > 1 мм в двух или более смежных отведениях;

б) инверсия зубца T > 1 мм в отведениях с преобладающим зубцом R;

в) наличие глубоких инвертированных зубцов T в передних грудных отведениях;

г) наличие кратковременной (не более 20 мин.) элевации сегмента ST > 1 мм в двух смежных отведениях.

Диагностическая ценность изменений ЭКГ увеличивается при регистрации данных изменений на высоте болевого синдрома.

7. Для отбора пациентов с ОКС со стойким подъемом сегмента ST бригадой СМП проводится оценка:

- клинических проявлений: наличие у больного затяжного (> 15 мин.) приступа ангинозных болей за грудиной или в левой половине грудной клетки или наличие эквивалентов стенокардии (одышка, резкая общая слабость, нестабильное АД);

- данных электрокардиографии: регистрация стойкой (более 20 мин.) элевации сегмента ST в двух и более смежных отведениях, регистрация остро возникшей полной блокады левой ножки пучка Гиса (при наличии клиники острого инфаркта миокарда).

- догоспитальная тромболитическая терапия проводится бригадой СМП при наличии у больного ОКС подъема сегмента ST если расчетное времени доставки в РСЦ составляет более 60 минут.

- в случаях, когда состояние больного не позволяет перенести транспортировку в РСЦ в течение 60 минут, минуя первичное сосудистое отделение (далее – ПСО), осуществляется госпитализация в отделение неотложной кардиологии ПСО «своей» зоны ответственности. В дальнейшем, при достижении стабилизации состояния, данный больной с ОКС подъемом сегмента ST, переводится в РСЦ для выполнения коронарных вмешательств: селективной коронарографии (далее – СКГ) и/или с последующим чрескожным коронарным вмешательством (далее - ЧКВ). Перевод в РСЦ осуществляется в течение первых 48 часов после предварительного согласования по телефону.

- при возможности выполнения ЧКВ в 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, медицинскому работнику «первого контакта» следует предполагать направление пациента на ЧКВ. В этих случаях фельдшер/врач СМП информирует пациента о необходимости вмешательства. Направление пациента в РСЦ в указанных временных границах, согласуется с дежурным врачом отделения неотложной кардиологии РСЦ.

- в случаях, когда госпитализация пациента в РСЦ для проведения ЧКВ невозможна по техническим причинам (например, выход из строя ангиографа), маршрутизация больных для выполнения оговаривается дополнительным нормативным актом.

- в случае отказа больного от ЧКВ/тромболитической терапии (далее – ТЛТ) заполняется добровольный информированный отказ от медицинского вмешательства.

8. Бригада СМП должна оповестить дежурную службу ПСО/РСЦ о транспортировке больного с подозрением на ОКС.

9. Пациенты с ОКС с подъемом сегмента ST для выполнения коронарных вмешательств: СКГ и/или с последующим ЧКВ, доставляются в ГБУ РМЭ «Йошкар-Олинская городская больница» при наличии показаний к ЧКВ, отсутствии противопоказаний к транспортировке в РСЦ, расчетного времени доезда до РСЦ не более 60 минут, времени от начала заболевания к моменту доставки пациента не более 12 часов, наличии письменного согласия пациента (законного представителя, доверенного лица) на проведение вмешательства.

При ОКС с элевацией сегмента ST, наличием противопоказаний к транспортировке в РСЦ, предполагаемого времени доезда до РСЦ более 60 минут, времени от начала заболевания к моменту доставки пациента на ЧКВ центр не более 12 часов, проводится догоспитальная ТЛТ (при отсутствии противопоказаний) с последующей доставкой пациента в ближайшее по территориальному признаку ПСО с последующим переводом больного в РСЦ.

При инфаркте миокарда с элевацией ST в случае позднего обращения (за пределами первых 24 часов от начала симптомов) пациенты направляются в отделение неотложной кардиологии ПСО/РСЦ по территориальному признаку (зоне обслуживания).

При подозрении на ОКС без стойкой элевации ST, пациенты доставляются в ПСО по территориальному признаку для диагностики, лечения и определения уровня риска с последующим направлением в РСЦ для выполнения СКГ в сроки, определяемые уровнем риска ОКС.

10. Переводу в РСЦ из ПСО подлежат больные:

- ОКС с подъемом сегмента ST:

а) пациенты, доставленные в ПСО в пределах первых 12 часов от момента начала симптомов и которым проведена ТЛТ.

Эффективность ТЛТ оценивается через 60-90 минут от начала проведения ТЛТ. Пациенты с ЭКГ-признаками неэффективной ТЛТ направляются в РСЦ незамедлительно, пациенты с ЭКГ-признаками эффективной ТЛТ также целесообразно направлять в РСЦ как можно раньше, но в данном случае перевод может быть отсрочен (но не позднее 24 часов от момента проведения ТЛТ)

б) пациенты, доставленные в ПСО в пределах первых 12 часов от момента начала симптомов и которым ТЛТ противопоказана, направляются в РСЦ незамедлительно.

в) пациенты, доставленные в ПСО в пределах 12-24 часов от момента начала симптомов, направляются в РСЦ незамедлительно.

г) пациенты, доставленные за пределами 24 часов от начала симптомов - при рецидивирующем болевом синдроме, наличии жизнеугрожающих желудочковых аритмий, при наличии признаков острой сердечной недостаточности (кардиогенный шок, острая левожелудочковая недостаточность).

д) больные, перенесшие инфаркт миокарда, с клиникой ранней постинфарктной стенокардии;

- ОКС без подъема сегмента ST:

а) больные очень высокого риска (рефрактерная стенокардия, жизнеугрожающие желудочковые аритмии, острая сердечная недостаточность - кардиогенный шок, острая левожелудочковая недостаточность), направляются в РСЦ незамедлительно

б) больные высокого риска (повышение сердечных тропонинов, динамические изменения сегмента ST и/или зубца T на ЭКГ, количество баллов по шкале GRACE > 140), направляются в РСЦ в течение первых суток

в) больные среднего риска (имеющие по шкале GRACE 108-140 баллов, при сахарном диабете, при ХБП с рСКФ < 40 мл/мин), а также больные низкого риска (количество баллов по GRACE < 108 баллов) направляются в РСЦ в случае подтверждения ишемии данными ЭКГ, Холтеровского мониторинга, нагрузочных тестов, направляются в РСЦ после получения результатов соответствующего обследования.

Необходимым условием перевода в РСЦ является согласие пациента на проведение СКГ с возможным выполнением ЧКВ.

Необходимый уровень обследования при направлении на отсроченное ЧКВ в РСЦ должно соответствовать стандартам и включать:

- ЭКГ в динамике;
- биохимические маркеры некроза миокарда (сердечный Тропонин и/или МВ-КФК);
- общеклинические исследования крови и мочи;
- биохимические исследования крови (включая глюкозу крови, креатинин, билирубин, АЛТ, общий холестерин, ХС-ЛПНП, триглицериды, калий);
- показатели коагулограммы;
- УЗИ сердца;
- R-графия органов грудной клетки;
- RW;

11. Относительные противопоказания к транспортировке больных в РСЦ:

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

- 2) онкологические заболевания;
- 3) активные формы туберкулеза;
- 4) острые инфекционные процессы;
- 5) необходимость проведения ИВЛ;
- 6) психические заболевания с дефектом личности;
- 7) нарушение уровня сознания до комы;

12. Перевод больных с ОКС из ПСО в РСЦ осуществляется после консультации специалистами РСЦ (по телефону) и по согласованию с дежурным врачом или заведующим отделением неотложной кардиологии РСЦ.

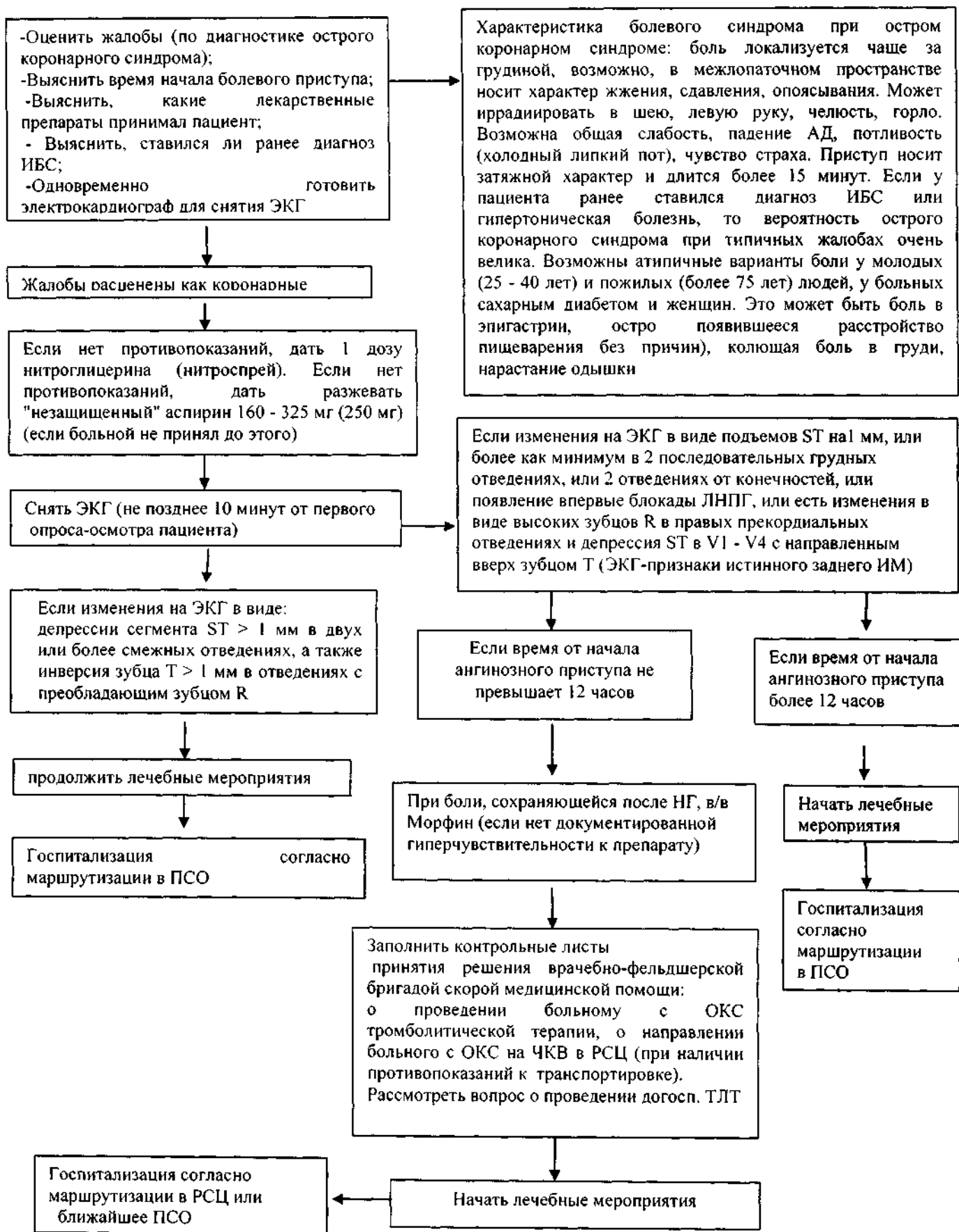
13. Больные, госпитализированные в ПСО и РСЦ с подозрением на ОКС, обследуются и наблюдаются в динамике в течение 2 - 3 дней. Проводится дифференциальная диагностика боли в груди. В случае полного исключения ОКС больные переводятся в профильные отделения по территориальному признаку.

14. Перевод пациента в федеральные учреждения здравоохранения при наличии показаний к оказанию экстренной кардиохирургической помощи осуществляется в установленном порядке по согласованию с федеральным учреждением здравоохранения.

15. При выписке больного из РСЦ и ПСО информация передается в территориальные поликлиники (амбулаторные подразделения) для своевременного взятия на диспансерное наблюдение участковыми врачами-терапевтами.

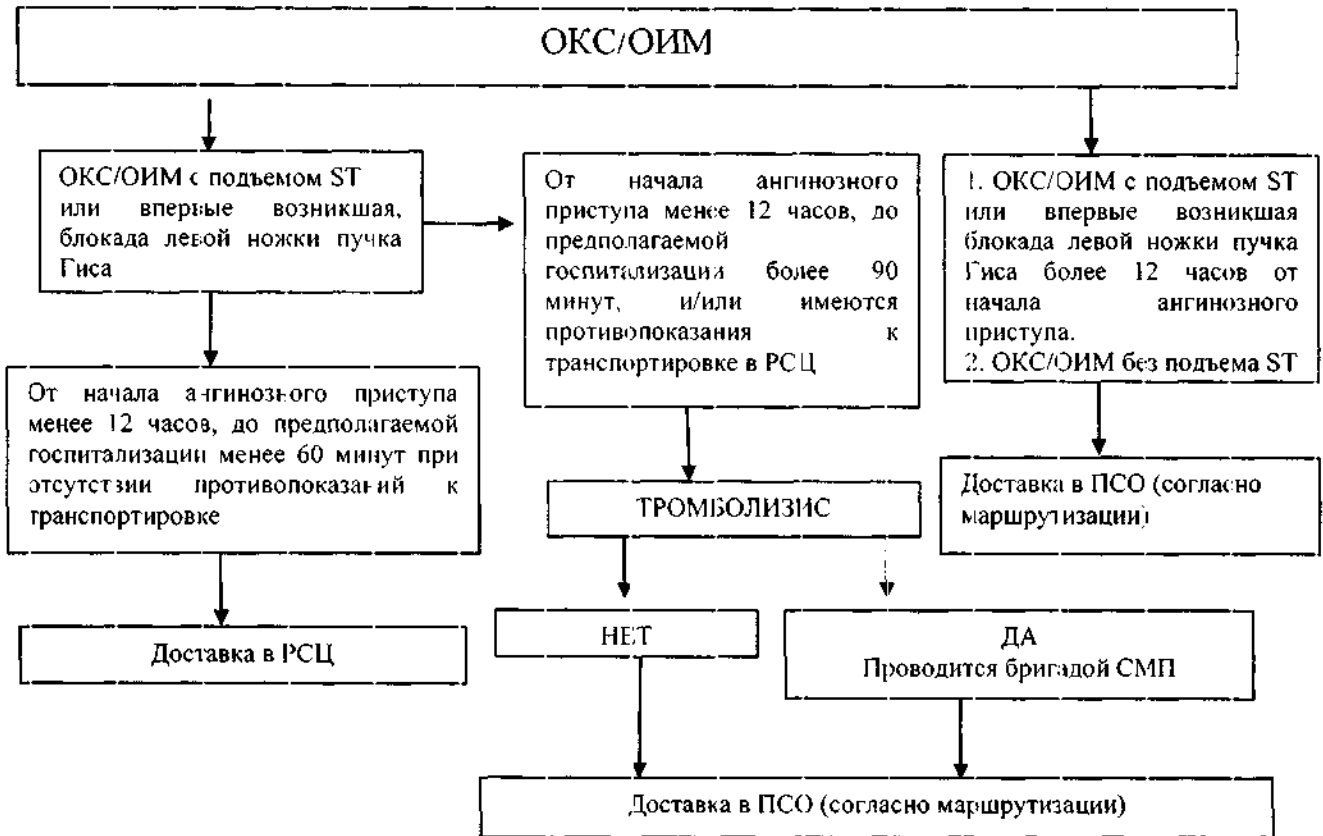
Приложение 1
к Регламенту оказания
помощи больным с ОКС

Алгоритм действия для врачей и фельдшеров СМП
в случае контакта с пациентом с болью в груди



Приложение 2
к Регламенту оказания помощи
больным с ОКС

Схема доставки больных с острым коронарным синдромом



Приложение № 3
к приказу Министерства
здравоохранения
Республики Марий Эл
от 11.09.18 № 1591

**Маршрутизация пациентов
в медицинские организации, участвующие в оказании медицинской
помощи больным с сосудистыми заболеваниями**

1. ГБУ Республики Марий Эл «Йошкар-Олинская городская
больница» - Региональный сосудистый центр.

Контактные телефоны:

Для пациентов, поступающих с ОКС:

Блок реанимации и интенсивной терапии отделения (далее –
БРИТ): 64-54-37

Ординаторская отделения неотложной кардиологии,
зав.отделением: 68-54-10

Для пациентов, поступающих с ОНМК:

БРИТ – 46-41-61

Ординаторская – 46-41-21

Зав.отделением – 45-41-24

Ординаторская нейрохирургического отделения: 46-41-04

Руководитель РСЦ: 68-54-18

Зона ответственности РСЦ: город Йошкар-Ола, Медведевский,
Килемарский, Оршанский, Советский, Горномарийский и Юринский
районы.

По оказанию медицинской помощи больным ОКС и ОНМК (ЧКВ
для больных с ОКС) и нейрохирургических вмешательств «головным»
центром является ГБУ РМЭ «Йошкар-Олинская городская больница».

2. ГБУ Республики Марий Эл «Волжская центральная городская
больница» - первичное сосудистое отделение.

Контактные телефоны: 8(836)31

Приемное отделение – 6-25-55

Отделение реанимации и интенсивной терапии – 6-33-19

Руководитель ПСО-1: 6-16-74

Зона ответственности ПСО-1: город Волжск, Волжский район,
Звениговский район, Моркинский район.

Медицинская помощь оказывается в соответствии с настоящим
приказом.

Специалисты ПСО-1 оказывают консультативную помощь пациентам, находящимся в медицинских организациях зоны ответственности.

3. ГБУ Республики Марий Эл «Сернурская центральная районная больница» - первичное сосудистое отделение.

Контактные телефоны: 8(836)33

Приемное отделение – 9-91-28

Отделение реанимации и интенсивной терапии – 9-90-90

Руководитель ПСО-2: 9-74-85

Зона ответственности ПСО-2: Сернурский район, Параньгинский район, Ново-Торъяльский район, Мари-Турекский район, Куженерский район.

Медицинская помощь оказывается в соответствии с настоящим приказом.

ПСО оказывает консультативную помощь пациентам, находящимся в медицинских организациях зоны ответственности.

Специалисты РСЦ оказывают специализированную нейрохирургическую помощь больным с геморрагическим инсультом, включая САК (диагностика, хирургическое лечение), с артериальными аневризмами (диагностика, хирургическое или эндоваскулярное хирургическое лечение), артерио-венозной мальформацией (диагностика, хирургическое лечение), острым инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией с высоким риском развития осложнений (СКГ, ЧКВ), первично поступившим в центр либо переведенным из первичных сосудистых отделений.

РСЦ оказывает консультативную помощь пациентам, находящимся в ПСО, а также проводит прием пациентов с острым инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения по направлению ПСО своей зоны ответственности.

Перевод пациентов в РСЦ из ПСО может осуществляться после согласования заочной (телемедицина, скайп и пр.) или очной консультации пациента РСЦ.

Оказание специализированной, в том числе и оперативной нейрохирургической, помощи пациентам осуществляется в условиях РСЦ.

РСЦ совместно с Министерством здравоохранения Республики Марий Эл:

- анализирует результаты оказания неотложной медицинской помощи пациентам с ОКС и ОНМК на территории Республики Марий Эл и координирует работу по ее дальнейшему совершенствованию;

- внедряет в клиническую практику современные методы профилактики, диагностики и лечения ОНМК и ОКС, профилактики осложнений, управления качеством оказания медицинской помощи на

основе принципов доказательной медицины и научно-технических достижений;

- обеспечивает координацию мер по профилактике, диагностике и лечению ОКС и ОНМК и организационно-методическое руководство ПСО, в том числе проведение клинико-эпидемиологического анализа ОНМК и ОКС;

- организует конференции, совещания по актуальным вопросам оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями;

- проводит информационно-просветительские мероприятия для населения и медицинского сообщества;

- обеспечивает координацию, методическое руководство, оценку отчетной, учетной документации, отчетов о деятельности ПСО;

- совместно с Министерством здравоохранения Республики Марий Эл обеспечивает анализ сводной информации и отчетных форм по всем медицинским организациям Республики Марий Эл в Министерство здравоохранения Российской Федерации;

- несёт ответственность за сроки предоставления анализа деятельности и сводной информации РМЭ.

4. ГБУ Республики Марий Эл «Станция скорой медицинской помощи г. Йошкар-Олы»:

- обеспечивает оказание доврачебной, первой врачебной и скорой (включая реанимационную) медицинской помощи по устранению угрожающих жизни состояний, в том числе проведение ТЛТ, в черте г. Йошкар-Олы;

- при приеме дежурным диспетчером СМП информации из любого источника (вызов по телефону) диспетчер высылает в установленном порядке свободную ближайшую к месту бригаду СМП;

- старший дежурный врач СМП координирует действия сил и средств СМП;

- врачебные или фельдшерские бригады СМП обеспечивают в максимально короткие сроки доставку пациентов с острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями, указанными в пункте I приложения 2 к настоящему приказу, в РСЦ;

- обеспечивает в максимально короткие сроки доставку пациентов с ОНМК и ОКС в РСЦ;

- в направительных документах СМП (учетная форма № 114/у) обязательно указание критериев (симптом, синдром) ОНМК, установленных в соответствии с протоколом ведения больных с инсультом.

5. Отделения скорой медицинской помощи государственных бюджетных учреждений Республики Марий Эл обеспечивают в зоне своей ответственности оказание доврачебной, первой врачебной (включая реанимационную, в том числе ТЛТ) помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями по устранению угрожающих

жизни состояний, доставку пациентов в максимально короткие сроки в РСЦ, ПСО.

6. Порядок доставки больных из ПСО в РСЦ своей зоны ответственности.

6.1. Перевод больных с ОНМК и ОКС из ПСО осуществляется при наличии клинических показаний по согласованию с заведующим профильного отделения РСЦ санитарным транспортом медицинской организации, на базе которой развернуто ПСО.

6.2. 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 должен осуществляться ГБУ РМЭ «Территориальный центр медицины катастроф» на реанимобиле в сопровождении врача-рениматолога.
