



ДЕПАРТАМЕНТ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

**ПРИКАЗ**

\_\_18.05.17\_\_

№ \_\_0520\_\_

Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным при остром коронарном синдроме и остром инфаркте миокарда на территории Смоленской области

В целях совершенствования оказания медицинской помощи больным при остром коронарном синдроме и остром инфаркте миокарда в соответствии с приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно – сосудистыми заболеваниями» (в ред. Приказа Минздрава России от 14.04.2014 N 171н)

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить порядок оказания медицинской помощи населению при остром коронарном синдроме и остром инфаркте миокарда на территории Смоленской области.

2. Утвердить зоны ответственности первичных сосудистых отделений (далее - ПСО) и регионального сосудистого центра (далее - РСЦ) (приложение 1).

3. Утвердить Показания для перевода в РСЦ и порядок перевода в РСЦ (приложение 2).

4. Утвердить форму Протокола принятия решения о проведении тромболитической терапии (далее - ТЛТ) (приложение 3).

5. Утвердить форму добровольного информированного согласия на перевод в РСЦ ОГБУЗ СОКБ для оперативного лечения ОКС/ОИМ (приложение 4).

6. Признать утратившим силу приказ Департамента Смоленской области по здравоохранению от 08.07.2013 № 863 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом на территории Смоленской области».

7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на начальника

управления организации медицинской помощи населению Департамента  
К.А. Тхапа.

Начальник Департамента

**В.И. Степченков**

# **ПОРЯДОК**

## **оказания специализированной медицинской помощи больным острым коронарным синдромом/острым инфарктом миокарда на территории Смоленской области**

Настоящий Порядок регулирует вопросы оказания неотложной медицинской помощи взрослому населению при остром коронарном синдроме и остром инфаркте миокарда (далее – ОКС/ОИМ) на территории Смоленской области.

### **Основные понятия.**

**Первичное сосудистое отделение** – отделение для лечения ОКС/ОИМ, организованное в рамках реализации Программы совершенствования медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями. Оказывает **специализированную** медицинскую помощь пациентам с указанными заболеваниями, развившимися в утверждённой **зоне ответственности**, вне зависимости от места прописки или постоянного проживания пациента.

**Региональный сосудистый центр** – головное региональное подразделение ОГБУЗ СОКБ для лечения ОКС/ОИМ, организованное в рамках реализации Программы совершенствования медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями. Оказывает **специализированную и высокотехнологичную** медицинскую помощь пациентам ОКС/ОИМ, развившимся в утверждённой **зоне ответственности** вне зависимости от места прописки или постоянного проживания пациента, а также пациентам, которые подлежат переводу в РСЦ **при наличии показаний**.

**Зона ответственности** - перечень муниципальных образований, утверждённых приказом Департамента Смоленской области по здравоохранению, пациенты из которых доставляются в указанные отделения при подозрении на развитие ОКС/ОИМ, вне зависимости от прописки и места постоянного проживания.

**Перевод в РСЦ** – взаимодействие между МО для перевода пациента для дальнейшего лечения в РСЦ при наличии показаний и согласования перевода с заведующими профильными отделениями РСЦ и/или заведующим РСЦ.

**Перевод из РСЦ** – взаимодействие между МО для продолжения лечения пациента в ПСО или иной МО при отсутствии показаний к лечению в РСЦ.

**К ОКС относятся состояния**, соответствующие шифрам I20.0, I20.9, I21 - I24 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра (далее - МКБ-10).

### **Общие положения.**

В Смоленской области создана система оказания медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями, которая включает первичные сосудистые отделения (ПСО) и региональный сосудистый центр (РСЦ), для оказания специализированной и высокотехнологичной стационарной медицинской помощи больным ОКС/ОИМ. Каждое ПСО имеет свою зону ответственности. РСЦ является головным медицинским подразделением в Смоленской области по оказанию медицинской помощи больным ОКС/ОИМ. Заведующий РСЦ осуществляет руководство и контроль за работой ПСО и ЦРБ при оказании помощи больным сосудистыми заболеваниями на территории Смоленской области в рамках существующих федеральных и региональных Порядков оказания медицинской помощи (Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N918н (в ред. от 14.04.2014) "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями" (Зарегистрировано в Минюсте России 29.12.2012 N 26483).

Все пациенты (**при условии информированного согласия**) при подозрении на развитие ОКС/ОИМ должны доставляться в указанные ПСО или РСЦ в соответствии с утверждённой маршрутизацией (приложение 1). При отказе пациента или его законного представителя от транспортировки в ПСО/РСЦ, больные должны получать медицинскую помощь в медицинской организации (далее –МО) по месту жительства в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, с учётом возможностей МО. Отказ от перевода в ПСО/РСЦ оформляется в медицинской документации пациента в соответствии с действующим законодательством.

Иногородние пациенты, пациенты без регистрации на территории РФ, жители других государств доставляются бригадами СМП территориальных МО в то ПСО, в зоне ответственности которого **возникло/ зарегистрировано** заболевание. При временном нахождении на территории ответственности ПСО/РСЦ и наличии прописки в другом районе Смоленской области или регионе РФ больные сосудистыми заболеваниями госпитализируются **в то ПСО, в зоне ответственности которого возникло /зарегистрировано** заболевание. Переводы больных ОКС/ОИМ между ПСО/РСЦ осуществляются только при их согласовании между заведующими отделениями или заведующим РСЦ, в ночное время и выходные дни - между дежурными врачами.

При наличии у больного выраженных нарушений витальных функций, требующих проведения неотложных лечебных или реанимационных мероприятий, бригада СМП должна доставить больного в ближайшее ПСО. **Отказ в госпитализации больных с сосудистыми заболеваниями, находящихся в тяжелом состоянии, если дополнительная транспортировка может ухудшить его состояние, не допускается.**

В случае, когда на основании первичного обследования невозможно достоверно исключить наличие сосудистого заболевания (например, выраженный болевой приступ при отсутствии патогномичных изменений на ЭКГ), пациенты госпитализируются в ПСО/РСЦ в соответствии с утвержденной маршрутизацией, где проводится обследование для окончательного исключения или подтверждения

ОКС доступными методами в соответствии с утверждёнными Порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

При отсутствии мест в профильном отделении пациенты ОКС/ОИМ госпитализируются в иные отделения МО, в составе которой организованы ПСО/РСЦ, с обеспечением мер для выполнения соответствующего стандарта лечения и возможностью перевода в профильное отделение. При временном нахождении в непрофильном отделении должно обеспечиваться выполнение Порядка и стандарта оказания медицинской помощи по соответствующему заболеванию силами медицинского персонала отделения, в которое временно госпитализирован больной с острой сосудистой патологией, и при наблюдении профильного специалиста в соответствии с требованиями Порядка оказания медицинской помощи. Отсутствие мест в профильном отделении ПСО/РСЦ не является основанием для отказа в госпитализации пациентам ОКС/ОИМ.

Перенаправление пациентов в другие ПСО/РСЦ возможно только после осмотра пациента, оценки риска и согласования перевода между заведующими профильными отделениями, заведующим РСЦ или дежурным врачом ПСО/РСЦ (в ночное время, выходные и праздничные дни), куда перенаправляется пациент. Во время ожидания транспортировки и во время транспортировки медицинский персонал медицинских организаций и бригад СМП обеспечивает проведение лечения больного ОКС/ОИМ в соответствии со стандартами, включая проведение ТЛТ.

Все больные с подозрением на ОКС/ОИМ, доставленные в приёмные отделения МО Смоленской области бригадами СМП или в порядке самообращения, должны быть осмотрены дежурным врачом с оформлением утверждённой медицинской документации. Перенаправление пациентов с сосудистой патологией в другие стационары без осмотра врача и согласования перевода не допускается.

При выявлении показаний к переводу/доставке в РСЦ (приложение 2) дежурный врач СМП, ПСО или ЦРБ в обязательном порядке информирует дежурного врача РСЦ о транспортировке больного в РСЦ в соответствии с формой доклада при переводе в РСЦ с указанием цели перевода. **При переводе в РСЦ для оперативного лечения** к медицинской документации прикладывается информированное согласие на перевод для оперативного лечения (приложение 4).

При выявлении в период лечения в ПСО/ЦРБ показаний к оперативному лечению в условиях РСЦ медицинский персонал должен действовать в соответствии с порядком перевода в РСЦ (приложение 2).

Больные с ОКС получают медицинскую помощь в три основных этапа:

первый - догоспитальный, осуществляемый в рамках скорой медицинской помощи. Оказывается фельдшерскими и врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи в соответствии с приказами Министерства здравоохранения РФ № 457н от 05.07.2016 «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром трансмуральном инфаркте миокарда» (зарегистрировано Минюстом РФ 22.07.2016 г., регистрационный номер 42959) и Приказа Минздрава России № 456н от 05.07.2016 «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме без подъёма сегмента ST» (зарегистрировано Минюстом РФ 18.07.2016 г., регистрационный номер 42894).

второй – стационарный, где оказание специализированной медицинской помощи больным с ОКС осуществляется в ПСО и РСЦ, имеющем в своей структуре отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, организованных в соответствии с приказами Департамента Смоленской области по здравоохранению от 15.04.2009 № 365, от 27.08.2009 № 817.

третий – медицинская реабилитация по окончании срока стационарного лечения, при согласии больного, отсутствии противопоказаний и наличии мест пациенты ОКС/ОИМ должны направляться в санаторий для реабилитации (Приказы Департамента от 31.03.2010 № 263 (в ред. приказа Департамента от 30.04.2012 № 375, от 14.09.2010 №794, от 26.10.2011 № 928, от 05.12.2011 № 1384, от 17.02.2012 № 144).

### **Алгоритм оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе.**

Медицинская помощь больным ОКС/ОИМ на догоспитальном этапе оказывается в соответствии с утверждёнными стандартами.

1. Скорая медицинская помощь больным при остром коронарном синдроме оказывается фельдшерами и врачами бригад скорой медицинской помощи (далее – СМП), которые обеспечивают проведение мероприятий по устранению угрожающих жизни состояний, в том числе с проведением при наличии медицинских показаний ТЛТ.

2. Врач (фельдшер) бригады СМП при оказании медицинской помощи больным с признаками ОКС должен руководствоваться настоящим алгоритмом оказания медицинской помощи больным с ОКС на догоспитальном этапе (далее – Алгоритм).

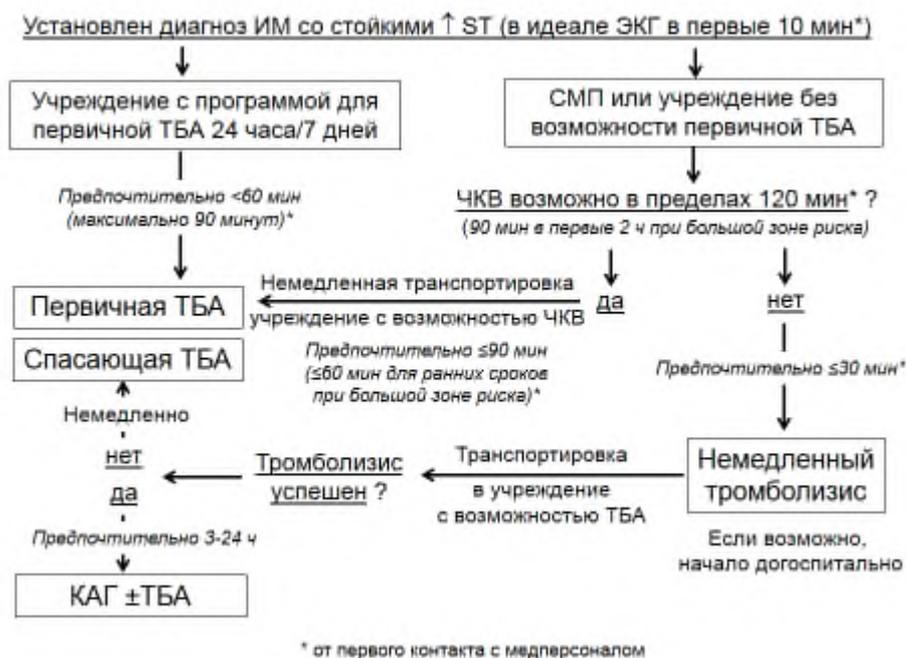
3. Врач (фельдшер) бригады СМП при подозрении на ОКС после подробного сбора анамнеза обязан выполнить ЭКГ в 12 стандартных отведениях (не позднее 10 минут от момента первого контакта с больным). При затруднении в интерпретации данных ЭКГ на догоспитальном этапе бригады скорой и неотложной помощи, а также отделения ЦРБ должны передавать ЭКГ по системе дистанционной передачи ЭКГ «Телегном» (тел. 8-4812-64-48-28). Дежурный персонал кабинета дистанционной передачи ЭКГ после расшифровки ЭКГ в сложных случаях уведомляет дежурного врача отделения кардиологии ОКС/ОИМ о поступлении ЭКГ с подозрением на ОКС, после чего они совместно принимают решение о дальнейшей тактике лечения больного, о чём делается запись в журнале дистанционных консультаций.

Одновременно врач (фельдшер) бригады СМП принимает решение о дальнейшей тактике лечения, включая ТЛТ.

Решение о применении ТЛТ на догоспитальном этапе принимается в зависимости от времени начала болевого синдрома, согласия больного на проведение ТЛТ с учетом времени доставки больного в РСЦ и в соответствии со Схемой выбора тактики реперфузионного лечения при ОКС/ПСТ и тактикой лечения ОКС/БПСТ. Время, в течение которого должно быть принято решение о проведении ТЛТ не должно превышать 30 минут от момента первого контакта медицинского

работника с большим ОКСИСТ.

### Схема выбора тактики реперфузионного лечения при ОКСИСТ:



**ТЛТ следует начать** на догоспитальном этапе в машине СМП, **если доставка больного в РСЦ для проведения ЧКВ невозможна в течение 120 минут** с момента первого контакта с медперсоналом и установкой диагноза ОКС.

Максимальное время с момента заболевания, допускающее проведение ТЛТ, определяется инструкцией к тромболитическому препарату.

При рассмотрении вопроса проведения ТЛТ обязательно заполняется **Протокол принятия решения о проведении ТЛТ** (приложение 3), который прилагается к сопроводительной документации СМП или истории болезни. ТЛТ проводится только в случае, если на ВСЕ вопросы о показаниях даны ответы «ДА», а на ВСЕ вопросы о противопоказаниях даны ответы «НЕТ». При наличии показаний временной промежуток от момента установки диагноза ОКСИСТ до момента начала ТЛТ не должен превышать **30 минут**. ТЛТ может не выполняться, если в течение первых 2-х часов от момента заболевания пациент может быть доставлен в РСЦ для проведения ЧКВ, при условии согласия больного на оперативное лечение.

#### Тактика после проведения ТЛТ.

Во всех случаях, когда это возможно, рекомендуется перевод больного с ОКСИСТ в стационар с возможностями проведения ЧКВ (т.е. РСЦ) **при условии согласия больного на проведение ЧКВ.**

Если по косвенным признакам (снижение сегмента ST в наиболее информативном отведении ЭКГ через 60-90 минут после начала ТЛТ на 50% и более от исходного) после ТЛТ реперфузия достигнута и состояние больного стабильно,

проведение КАГ для решения вопроса о необходимости ЧКВ рекомендуется осуществить через 3-24 часа.

При симптомах повторной ишемии, тяжелой недостаточности кровообращения, шоке КАГ с целью уточнения дальнейшей тактики лечения, проводится безотлагательно.

«Спасительное» ЧКВ при отсутствии признаков реперфузии в течение 60-90 минут после ТЛТ должно проводиться безотлагательно.

### **Схема выбора тактики реперфузионного лечения при ОКС без подъема ST (ОКСБПST):**

При ОКСБПST ЧКВ должно быть выполнено после дообследования в условиях ПСО (маркеры некроза миокарда, биохимический анализ крови, динамика ЭКГ и др.), а также обязательной оценки риска по шкале (GRACE или GRACE 2.0). При наличии критериев очень высокого и высокого риска (более 140 баллов по шкале GRACE) инвазивная тактика должна разделяться на:

1. **Неотложная инвазивная тактика** (КАГ в пределах **2-х часов** после поступления): больные ОКСБПST с критериями очень высокого риска;
2. **Ранняя инвазивная тактика** (КАГ в пределах **2-24 часов** после поступления): больные ОКСБПST с критериями высокого риска;
3. **Инвазивная тактика** (КАГ в пределах **24-72 часов** после поступления): один из признаков умеренного риска, повторение симптомов или ишемия по результатам неинвазивного обследования.
4. **Избирательная инвазивная тактика:** больные без повторения симптомов и без критериев очень высокого, высокого и умеренного риска могут рассматриваться как больные с низким риском ишемических событий. У них для окончательного решения об инвазивной тактике (выполнении КАГ до выписки из стационара и реваскуляризации по ее итогам) следует выполнить стресс-тест, оптимально с визуализацией миокарда или с оценкой его сократимости.

В случае наличия показаний к ЧКВ, отсутствия противопоказаний, и **отказе больного от проведения инвазивной реваскуляризации** оформляется бланк отказа пациента от оперативного лечения и проводится консервативная терапия в ПСО. В случае изменения пациентом своего решения (**в пределах сроков возможного оперативного лечения**) и согласия на проведение ЧКВ после зафиксированного ранее отказа, пациент подписывает форму информированного согласия на оперативное лечение с обязательным указанием даты и времени согласия. В тексте согласия целесообразно указать, что ранее пациент подписывал отказ от вмешательства с указанием даты и времени отказа.

Транспортировка пациентов должна осуществляться автомобилем скорой медицинской помощи, оснащенный в соответствии с требованиями приказов Минздрава РФ.

В случае принятия решения о переводе пациента с ОКС в РСЦ, во время ожидания транспортировки пациент должен находиться в лечебном учреждении и получать необходимое лечение (обезболивание, антиагрегантную и антикоагулянтную терапию, инфузионную терапию, тромболитическую терапию), которое обязательно должно фиксироваться в медицинской документации на

каждом этапе оказания медицинской помощи.

В случаях, когда прогнозируемый риск смерти во время предстоящей транспортировки больного в РСЦ высокий, необходимо вызывать специализированную реанимационную бригаду из ПСО или РСЦ в соответствии с Маршрутизацией больных ОКС на территории Смоленской области (приложение 1) и до ее прибытия осуществлять на месте максимально возможный объем помощи собственными силами или транспортировать больного в ближайший стационар.

В том случае, когда пациент отказывается от госпитализации в РСЦ, его транспортируют в ПСО согласно маршрутизации больных с ОКС на территории Смоленской области с оформлением отказа от оказания данного вида медицинской помощи в соответствии с действующим законодательством.

При выявлении показаний для экстренного ЧКВ во время лечения в ПСО врач ПСО, после согласования перевода со специалистами РСЦ, организует перевод больного в РСЦ для отсроченной реваскуляризации **при наличии согласия больного на оперативное лечение**. Транспортировка больного в РСЦ осуществляется автомобилем скорой медицинской помощи или реанимобилем ПСО. При отсутствии такой возможности «на себя» может быть вызвана реанимационная бригада отделения экстренной и плановой медицинской помощи ОГБУЗ СОКБ.

#### **Алгоритм оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом на госпитальном этапе**

Время нахождения больного с подозрением на ОКС/ОИМ в приёмном отделении должно быть минимальным и допускается только при самообращении больного. **Дежурный врач приёмного отделения должен незамедлительно осмотреть больного с подозрением на ОКС/ОИМ** в случае самообращения и решить вопрос о тактике дальнейшего лечения.

При поступлении больного в порядке самообращения медицинский персонал приёмного отделения немедленно ставит в известность дежурного врача отделения кардиологии для лечения ОКС/ОИМ о поступлении больного ОКС, выполняет электрокардиографическое исследование (ЭКГ) в **течение 10 минут** и обеспечивает венозный доступ. Больной должен находиться на лежачей каталке.

При доставке пациентов ОКС/ОИМ бригадами скорой и неотложной помощи больной, **минуя приёмное отделение, доставляется непосредственно в отделение кардиологии для лечения ОКС/ОИМ**, где незамедлительно осматривается дежурным врачом или врачом блока интенсивной терапии и реанимации (БИТР), который принимает решение о госпитализации больного в отделение.

При исключении диагноза ОКС/ОИМ решение о дальнейшем лечении пациента принимает врач приёмного отделения совместно с дежурным кардиологом ПСО/РСЦ.

Бригада скорой или неотложной помощи, доставившая больного с подозрением на ОКС/ОИМ, покидает отделение только после принятия решения о госпитализации, но не позднее 15 минут с момента первичного осмотра больного дежурным кардиологом. За этот период дежурный врач ПСО/РСЦ должен принять решение о госпитализации, либо отсутствии оснований для госпитализации в

ПСО/РСЦ. Принявший пациента врач ПСО/РСЦ подтверждает госпитализацию в документации бригады СМП личной подписью с разборчивой расшифровкой ФИО.

При отсутствии мест в отделении кардиологии для лечения ОКС/ОИМ ПСО/РСЦ и поступлении больного ОКС/ОИМ **отказ в госпитализации не допускается**. Больной может быть госпитализирован в АРО по согласованию между заведующими отделениями, дежурными врачами (в ночное время).

После госпитализации больного ОКС/ОИМ в отделение кардиологии ПСО/РСЦ лечение осуществляется в соответствии со стандартами лечения (Приказ Минздрава России № 404ан от 01.07.2015 «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при остром инфаркте миокарда (с подъёмом сегмента ST электрокардиограммы)», Приказ Минздрава России № 405ан от 01.07.2015 «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при нестабильной стенокардии, остром и повторном инфаркте миокарда (без подъёма сегмента ST электрокардиограммы)», Национальные клинические рекомендации по лечению ОКС с подъёмом и без подъёма ST электрокардиограммы) с обязательным выполнением всех диагностических и лечебных мероприятий, имеющих усреднённый показатель частоты предоставления, равный 1.

В медицинской карте стационарного больного ОКС/ОИМ должна в обязательном порядке содержаться следующая информация:

1. Время поступления в МО;
2. Время начала заболевания (со слов больного или сопровождающих);
3. При доставке бригадами СМП: время поступления вызова, время прибытия бригады на вызов (в сопроводительном листе СМП);
4. Время регистрации ЭКГ;
5. План лечения больного с обоснованием выбора метода реваскуляризации;
6. Время начала ТЛТ (если проводилось), препарат, доза, схема введения;
7. Эффективность ТЛТ;
8. Время начала ЧКВ, время раздутия баллона в артерии.
9. Оценка риска по шкале GRACE/GRACE 2,0 для больных ОКС без подъёма ST с определением дальнейшей тактики лечения.

При выписке из стационара пациенту на руки выдаётся эпикриз с указанием динамики состояния, данных лабораторных и инструментальных исследований, проведённого лечения и рекомендации по дальнейшему лечению и динамическому наблюдению.

### Маршрутизация пациентов с ОКС/ОИМ

Медицинская организация, отделение	<b>ОКС/ОИМ</b> Прикрепленные муниципальные образования (города и районы)
ОГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи» (ПСО №1)	г. Смоленск Смоленский район
ОГБУЗ «Вяземская ЦРБ» (ПСО №2)	Вяземский ,Гагаринский, Дорогобужский, Новодугинский , Сафоновский, Сычевский, Темкинский , Холм-Жирковский, Угранский
ОГБУЗ «Рославльская ЦРБ» (ПСО №3)	Глинковский, Ельнинский, Ершичский, Починковский, Рославльский, Хиславичский, Шумячский, г Десногорск
ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая больница» (РСЦ)	Велижский, Демидовский, Руднянский, Ярцевский, Духовщинский, Кардымовский, Краснинский, Монастырщинский

- В РСЦ должны доставляться больные с ОКСПСТ со всей территории Смоленской области для **проведения оперативного лечения** в первые 12 часов от момента начала заболевания (первичное ЧКВ или ЧКВ после проведения ТЛТ) **при условии согласия больного на оперативное лечение**. После проведения ТЛТ сроки доставки в РСЦ могут быть увеличены до 24 часов.

## **Показания для перевода/госпитализации и Порядок перевода больных в РСЦ**

### **Показания для перевода/госпитализации в РСЦ:**

1. Случаи ОКС/ОИМ, зарегистрированные на территории зоны ответственности РСЦ, независимо от прописки или места постоянного проживания пациента, при условии согласия на лечение в РСЦ (в случае отказа от транспортировки в РСЦ пациент заполняет отказ от транспортировки на этапе оказания СМП и проходит дальнейшее лечение в ЦРБ).
2. Больные ОКС/ОИМ с подъёмом ST из ПСО и со всей территории Смоленской области для проведения оперативного лечения в первые 12 часов от момента начала заболевания (первичное ЧКВ или ЧКВ после проведения ТЛТ) при условии согласия больного на оперативное лечение. После проведения ТЛТ сроки доставки в РСЦ могут быть увеличены до 24 часов. При отказе от оперативного лечения после ТЛТ больной продолжает лечение в ПСО.
3. Больные ОКС/ОИМ без подъёма ST из ПСО или ЦРБ для проведения оперативного лечения в зависимости от степени риска и в сроки, рекомендованные в Схеме выбора тактики реперфузионного лечения при ОКСБПСТ.

### **Порядок перевода больных в РСЦ**

Обязательные сведения при переводе в РСЦ:

1. ФИО и должность врача.
2. ФИО больного, возраст.
3. Время начала заболевания.
4. Клинические проявления заболевания (кратко).
5. Характер изменений на ЭКГ (в каких отведениях и какие изменения ЭКГ видит звонящий, имеется ли динамика этих изменений, при БЛНПГ сроки её возникновения, при возможности сравнения с предыдущими ЭКГ).
6. Согласие больного на оперативное лечение.

Перевод в РСЦ всегда должен быть согласован между представителями медицинских организаций.

#### **Доставка в РСЦ больных бригадами СМП при наличии показаний:**

- Врач/фельдшер СМП, выявив при осмотре больного признаки ОКС/ОИМ и показания для госпитализации в РСЦ, получив предварительное согласие больного (при возможности), звонит (или передаёт информацию диспетчеру

СМП) в РСЦ (8-4812-55-60-60) и сообщает дежурному врачу РСЦ сведения о больном (п.п. 1-6 настоящего приложения), уведомляя его о транспортировке больного и приблизительном **времени прибытия**.

- При затруднении интерпретации ЭКГ бригада СМП передаёт ЭКГ в РСЦ с использованием комплекса «Телегном» (тел. 8-4812-64-48-28).
- При необходимости дежурный врач РСЦ корректирует лечение во время транспортировки, включая проведение ТЛТ на догоспитальном этапе.

**Перевод в РСЦ больных, находящихся на лечении в других стационарах:**

- Врач отделения, где проходит лечение больной с подозрением на ОКС/ОИМ, сообщает дежурному врачу РСЦ по телефону 8-4812-55-60-60 сведения о больном (п.п. 1-6 настоящего приложения);
- При необходимости перевода в экстренном порядке материалы обследования (ЭКГ в динамике, УЗИ сердца, лабораторные и инструментальные исследования) обсуждаются врачами по телефону.
- При плановом характере перевода возможно проведение дистанционной (телемедицинской) консультации материалов истории болезни со специалистами РСЦ с целью решения вопроса о дальнейшей тактике лечения.
- При выявлении показаний к оперативному лечению, которое может быть проведено в условиях РСЦ, пациент доставляется в РСЦ транспортом ПСО/ЦРБ или бригадами отделения ЭиПКК СОКБ с соблюдением условий транспортировки.
- При переводе в РСЦ для обеспечения преемственности обязательно передаётся следующая информация: сроки начала заболевания, сроки первого контакта медперсонала с больным, ЭКГ исходное, до и после ТЛТ (при его проведении), объём проведённого лечения (обезболивание с указанием доз и времени введения препаратов, нагрузочных доз антиагрегантов, объёма инфузионной терапии), динамики состояния пациента во время транспортировки.

### Протокол принятия решения о проведении ТЛТ

№ карты \_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_, возраст \_\_\_\_\_

Шаг №1 → **ПОКАЗАНИЯ (обязательные «Да»)** ← Шаг №1

ДА	НЕТ	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	типичный ишемический болевой синдром;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	длительность болевого синдрома до 6 часов (12 часов для альтеплазы);
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	стойкий подъем ST > 1 мм и более в двух смежных отведениях/первые возникшая БЛНПГ.

***Тромболизис возможен только при всех «Да».***

Шаг №2 → **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ (обязательные «Нет»)** ← Шаг №2

ДА	НЕТ	<b><u>Абсолютные противопоказания</u></b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ранее перенесённый геморрагический инсульт или ОНМК неизвестной этиологии;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ишемический инсульт в предыдущие 6 месяцев;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Повреждения или новообразования ЦНС, артерио-венозные мальформации;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Недавняя серьёзная травма, хирургическое вмешательство, травма головы (3 недели);
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Желудочно-кишечное кровотечение (последние 30 дней);
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Геморрагический диатез (кроме menses);
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Расслоение аорты;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Пункция некомпонируемых сосудов (биопсия печени, спинно-мозговая пункция) в течение предыдущих 24 часов.
		<b><u>Относительные противопоказания</u></b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ТИА в предыдущие 6 месяцев;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Плохо контролируемая АГ (>180/110 мм.рт.ст. при поступлении)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Тяжёлое заболевание печени;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Инфекционный эндокардит;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Травматичная или длительная (<10 минут) сердечно-лёгочная реанимация;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Беременность и 1-я неделя после родов;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Обострение язвенной болезни;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Приём антагонистов витамина К;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Для стрептокиназы, введение стрептокиназы более 5 суток назад или аллергия на неё.

***Тромболизис возможен только при всех «Нет».***

Шаг №3 → Решение – тромболизис возможен:  - Да;  - Нет. ← Шаг №3

На применение тромболитического препарата бригадой СМП согласен(на) добровольно.  
Необходимость использования, основные эффекты действия, возможные побочные эффекты и осложнения при применении препарата разъяснены мне в доступной форме. Подтверждаю, что на приведенные выше вопросы мною предоставлены ответы в полном объеме.  
Подпись пациента (или его законного представителя): \_\_\_\_\_

Шаг №4 → **Тромболизис (схема и дозы)** ← Шаг №4

Введён препарат \_\_\_\_\_, схема введения \_\_\_\_\_,  
дата: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, время: \_\_\_\_:\_\_\_\_, доза \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ мг.

Подпись: врач \_\_\_\_\_ фельдшер \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие на перевод в РСЦ СОКБ для оперативного  
лечения ОКС/ОИМ**

Наименование медицинской организации.

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я,

(фамилия, имя, отчество – полностью)

Поставлен (а) в известность о наличии у меня заболевания, методом диагностики и лечения которого является **ангиография с возможным проведением баллонной ангиопластики и стентирования поражённой коронарной артерии в условиях местной анестезии.**

- Мне даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания.

- Я поставлен в известность, что цель этой операции получение наиболее благоприятного результата лечения из тех, которые возможны в моём состоянии.

- Я информирован (а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью.

- Мне известно, что сам по себе факт проведения операции не приводит к выздоровлению автоматически. Понимаю, что для достижения необходимого результата, кроме операции, потребуется дальнейшее лечение и соблюдение предписанного врачами режима и образа жизни.

- Мне известно, что 100-процентной гарантии хороших результатов как операции, так и лечения в целом дано быть не может.

- Я поставил (а) в известность врача обо всех известных мне собственных заболеваниях, травмах, операциях, аллергических реакциях или непереносимости мною лекарственных препаратов, производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я осознаю, что любое оперативное вмешательство может иметь риск для здоровья. Понимаю, что во время анестезии, операции или после них могут появляться непредвиденные неблагоприятные обстоятельства. Врачам может потребоваться изменить доведённый до моего сведения план лечения. Может потребоваться дополнительная операция, может удлиниться срок лечения.

Осознавая всё вышеизложенное я добровольно даю своё согласие на транспортировку в РСЦ СОКБ для **ангиографии с возможным проведением баллонной ангиопластики и стентирования поражённой коронарной артерии в условиях местной анестезии.**

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. Подпись больного: \_\_\_\_\_

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. Подпись врача: \_\_\_\_\_

ФИО врача, получившего согласие \_\_\_\_\_