



КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

26.02.2018

№ 469

Волгоград

О внесении изменений в приказ комитета здравоохранения Волгоградской области от 30 декабря 2016 г. № 4279 "Об организации медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Волгоградской области"

В целях совершенствования организации оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Волгоградской области, согласно подпункту 2.1.7 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области"

п р и к а з ы в а ю:

1. Внести в приказ комитета здравоохранения Волгоградской области от 30 декабря 2016 г. № 4279 "Об организации медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Волгоградской области" (далее – приказ) следующие изменения:

1.1. Приложение 3 к приказу изложить в редакции согласно приложению к настоящему приказу;

1.2. В приложении 4 в пункте 1 в таблице подпункты 31 и 32 изложить в следующей редакции:

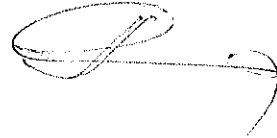
"

| | | | | |
|----|---------------------|---|---|---|
| 31 | Иловлинский район | ГБУЗ "Волгоградская областная клиническая больница № 3" | вторник (круглосуточно) | |
| 32 | Городищенский район | | ГБУЗ "Волгоградская областная клиническая больница № 1" | суббота (круглосуточно) |
| | | | ГУЗ "Клиническая больница № 4" | понедельник, среда, четверг, пятница, воскресенье (круглосуточно) |

"

- 1.3. Приложение 7 к приказу признать утратившим силу;
- 1.4. В приказе подпункт 2.6. исключить.
2. Контроль исполнения приказа возложить на заместителя председателя комитета здравоохранения Волгоградской области Н.Н.Алимова.

Председатель комитета здравоохранения
Волгоградской области



А.И.Себелев

ПРИЛОЖЕНИЕ
к приказу
комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 26.02 2018 г. № 469

Алгоритм
организации оказания экстренной медицинской помощи
при остром коронарном синдроме

При медицинской эвакуации действует территориальный принцип - ближайший стационар согласно зонам территориального прикреплению.

На догоспитальном этапе при наличии клинической картины затяжного ангинозного приступа (более 20 минут) и ЭКГ-признаков повреждения и (или) ишемии миокарда проводится базовая медикаментозная терапия и решается вопрос о проведении медикаментозного тромболизиса/чрескожного коронарного вмешательства (стентирования).

Решение о тактике ведения пациента принимается врачом-специалистом (фельдшером), осуществляющим осмотр больного при оказании скорой и первичной медико-санитарной помощи, единолично или с участием специалиста неотложной кардиологии ситуационного центра ГБУЗ "Территориальный центр медицины катастроф Волгоградской области" (для пациентов районов Волгоградской области).

Для решения вопроса о выборе метода ведения больного с участием специалиста неотложной кардиологии ЭКГ-данные при необходимости с автомобиля скорой медицинской помощи передаются в ситуационный центр ГБУЗ "Территориальный центр медицины катастроф Волгоградской области".

Госпитализация в медицинские организации, выполняющие чрескожные коронарные вмешательства (далее ЧКВ) показана всем пациентам с острым коронарным синдромом (далее ОКС) с подъемом сегмента ST и всем пациентам с ОКС без подъема сегмента ST, имеющим высокий риск по шкале GRACE (>140). Оценка риска по шкале GRACE проводится как специалистом скорой медицинской помощи, так и врачом приемного отделения медицинской организации, в которую доставлен пациент.

Пациент доставляется в медицинские организации в соответствии с графиком работы медицинских организаций по проведению рентгенэндоваскулярных вмешательств больным с острым коронарным синдромом, утвержденным приложением 5 к настоящему приказу, при наличии следующих показаний для проведения ЧКВ:

- подъем сегмента ST на ЭКГ на 1 мм и более в 2 отведениях от конечностей и/или на 2 мм и более в 2 последовательных грудных отведениях;

- острая (впервые выявленная блокада левой ножки пучка Гиса);
- депрессия сегмента ST 2 мм не менее чем в 2 смежных отведениях;
- пациенты с ОКС без подъема сегмента ST с высоким риском по шкале GRACE (>140) и имеющие один из нижеперечисленных критериев:
 - изменения сегмента ST в динамике (депрессия более 1 мм или транзиторный подъем (менее 30 мин.) более 1 мм от изолинии);
 - наличие глубокой депрессии сегмента ST в отведениях V₂ - V₄, свидетельствующей о продолжающемся трансмуральном повреждении задних отделов миокарда левого желудочка;
 - нестабильность гемодинамики;
 - наличие жизненно угрожающих желудочковых аритмий;
 - повторяющаяся или продолжающаяся боль в грудной клетке, рефрактерная к медикаментозному лечению;
 - повышение уровня сердечных тропонинов, характерное для ИМ.

Пациенты с ОКС без подъема сегмента ST при наличии промежуточного риска по шкале GRACE (109-140) госпитализируются в близлежащие ПСО. При наличии дополнительных критериев промежуточного риска, врач приемного отделения самостоятельно принимает решение о госпитализации в медицинскую организацию, выполняющую ЧКВ.

Дополнительные критерии промежуточного риска:

- сниженная сократительная функция левого желудочка (фракция выброса менее 40% по анамнезу);
- ранняя постинфарктная стенокардия;
- сахарный диабет, требующий медикаментозного лечения;
- ранее выполненные процедуры реваскуляризации миокарда (коронарное шунтирование в анамнезе или коронарная ангиопластика в течение последних 6 месяцев).

В случае, если врач приемного отделения клиники, выполняющей ЧКВ, не выявляет показаний для выполнения ЧКВ у пациента с ОКС, возможна транспортировка пациента из приемного покоя в ПСО для дальнейшего лечения согласно пункту 3 приложения 4.

Госпитализация пациентов с ОКС без подъема сегмента ST и низким риском по шкале GRACE (менее 109) осуществляется согласно пункту 3 приложения 4.

Перевод больных из кардиологических отделений в медицинские организации для проведения ЧКВ (стентирования) осуществляется через согласование с медицинской организацией, осуществляющей проведение ЧКВ, в соответствии с графиком работы медицинских организаций по проведению рентгенэндоваскулярных вмешательств больным с острым коронарным синдромом, утвержденным приложением 5 к настоящему приказу.

Показаниями для проведения тромболитической терапии являются:

- подъем сегмента ST на 1 мм в 2 отведениях от конечностей в сочетании с болевым синдромом в первые 12 часов после начала ангинозного приступа;

- подъем сегмента ST на 2 мм в 2 и более последовательных грудных отведениях в сочетании с болевым синдромом в первые 12 часов после начала ангинозного приступа.

При отсутствии показаний/наличии противопоказаний (декомпенсированная соматическая патология (почечная и печеночная недостаточность, острый панкреатит, признаки продолжающегося кровотечения, анемия средней и тяжелой степени, язвенные поражения желудочно-кишечного тракта в стадии обострения, хроническая сердечная недостаточность IIБ - III стадии; онкологические заболевания в стадии метастазирования; активные формы туберкулеза; острые инфекционные процессы; психические заболевания с дефектом личности; деменция; кома; низкая приверженность к лечению, отказ от проведения ЧКВ) для проведения ЧКВ (стентирования) решается вопрос о проведении на догоспитальном этапе медикаментозного тромболитизиса, при этом больной доставляется в прикрепленное первичное сосудистое отделение кардиологического профиля согласно приложению 4 к настоящему приказу.