



**Министерство  
здравоохранения Нижегородской области**

**П Р И К А З**

31.01.2024

315-87/24П/од

№ \_\_\_\_\_

г. Нижний Новгород

**О внесении изменений в приказ  
министерства здравоохранения  
Нижегородской области от 25 апреля 2023 г.  
№ 315-377/23П/од "Об оказании медицинской  
помощи больным с острыми сосудистыми  
заболеваниями"**

В целях совершенствования системы оказания медицинской помощи  
больным с сосудистыми заболеваниями,

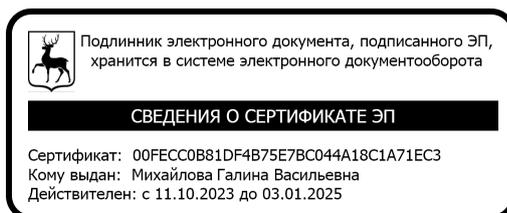
**п р и к а з ы в а ю:**

1. Приложение № 2 приказа министерства здравоохранения  
Нижегородской области от 25 апреля 2023 г. № 315-377/23П/од «Об оказании  
медицинской помощи больным с острыми сосудистыми заболеваниями»  
изложить в новой редакции (приложение к настоящему приказу).

2. Директору ГБУЗ НО «Медицинский информационно-аналитический  
центр» (Шафета Д.А.) разместить настоящий приказ на официальном сайте  
министерства здравоохранения Нижегородской области.

3. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра  
Т.Н.Коваленко.

Министр



Г.В.Михайлова

Приложение  
Утверждено приказом  
министерства здравоохранения  
Нижегородской области  
от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
31.01.2024 315-87/24П/од

Приложение № 2  
Утвержден  
приказом министерства здравоохранения  
Нижегородской области  
от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

**Регламент  
оказания медицинской помощи больным  
с острым коронарным синдромом и другими острыми сосудистыми  
заболеваниями**

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

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 (далее - ВСС) - внезапное прекращение сердечной деятельности, которая 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).

- жизнеугрожающие нарушения ритма и проводимости.

Больные в агональном состоянии подлежат госпитализации в ближайший кардиологический стационар.

4. При обращении пациента в службу СМП с жалобами на боль в груди или боль в сердце 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).

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) сочетание боли в груди с одышкой и кровохарканием
- д) ставился ли ранее диагноз ишемической болезни сердца, был ли ранее перенесенный инфаркт миокарда или гипертоническая болезнь, тромбоз глубоких вен, ТЭЛА;
- е) имеется ли на руках ранее снятая ЭКГ.
- ж) пре- и синкопальные состояния

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

Для отбора пациентов с подозрением на ТЭЛА учитывать:

- данные анамнеза и клинических проявлений: ТГВ или ТЭЛА в анамнезе, кровохарканье, злокачественное новообразование (активное или  $\leq 6$  месяцев назад), операция или иммобилизация  $\leq 4$  недель назад, клинические признаки тромбоза глубоких вен нижних конечностей, ЧСС  $> 100$  в минуту. При наличии 2-х признаков вероятность ТЭЛА высокая.

- ЭКГ- признаки (наличие не обязательно): конфигурации комплекса S1Q3T3, QR в отведении V1, инверсия зубцов T в отведениях V1-V4, блокада правой ножки пучка Гиса, фибрилляция предсердий.

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 элевации сегмента ST в двух и более смежных отведениях, регистрация остро возникшей полной блокады левой ножки пучка Гиса и/или полной блокады правой ножки пучка Гиса (при наличии клиники острого инфаркта миокарда);

- в случае наличия у больного с ОКС с подъемом сегмента ST на догоспитальном этапе выполняется дистанционная консультация ЭКГ в дистанционном консультативном центре (далее - ДКЦ) ГБУЗ НО «Станция скорой медицинской помощи г. Нижний Новгород» в соответствии с алгоритмом (приложение 1 к Регламенту оказания медицинской помощи больным с ОКС) с целью принятия решения бригадой СМП о проведении больному с ОКС тромболитической терапии или направлении больного с ОКС на чрескожное коронарное вмешательство (далее - ЧКВ) в ЧКВ-центр;

- при возможности выполнения ЧКВ в ближайшем ПСО/РСЦ в течение 120 минут от первого медицинского контакта и 90 минут у пациентов с обширным повреждением в области передней стенки и ранним обращением до 2 часов от начала заболевания предполагать направление пациента на ЧКВ. В этих случаях фельдшер/врач СМП информирует пациента о необходимости вмешательства. Направление пациента в ближайшие ПСО/РСЦ, имеющие возможность обеспечить ЧКВ в указанных временных границах, согласуется врачом ДКЦ с дежурным реаниматологом данного учреждения. Направление пациента в ПСО/РСЦ осуществлять согласно территориальному распределению.

В случае недоступности (занятости) рентген-операционной территориально ответственного ЧКВ-центра, пациент направляется в

ближайшую свободную операционную по согласованию с врачом ДКЦ;

- в случае отказа больного от чрескожного коронарного вмешательства/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 и другие острые формы.

9. Пациенты с ОКС с подъемом сегмента ST и другими острыми формами доставляются в ЧКВ-центры, работающие в режиме 7/24: ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им.Н.А. Семашко», ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 13 Автозаводского района г. Нижний Новгород», ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 5 Нижегородского района г. Нижний Новгород», ООО КатЛаб на базе ГБУЗ НО «Павловская ЦРБ», ГБУЗ НО «Научно-исследовательский институт-Специализированная кардиохирургическая клиническая больница им.ак.Б.А.Королева» (далее – ГБУЗ НО «СККБ»), ГБУЗ НО «Центральная городская больница г. Арзамаса» при отсутствии противопоказаний к медицинской эвакуации в ЧКВ-центр, предполагаемом времени доезда до ЧКВ-центра не более 60 минут, времени от начала симптомов заболевания до момента доставки пациента не более 24 часов.

Выбор ЧКВ-центра определяется предполагаемым минимальным временем доставки и имеющейся информацией о наличии свободного операционного стола в ЧКВ-центрах. Выбор маршрутизации в конкретный ЧКВ-центр координирует ДКЦ ГБУЗ НО «ССМП».

При ОКС с элевацией сегмента ST и предполагаемым временем доезда до ЧКВ-центра более 60 минут, при сроке от начала симптомов заболевания до момента доставки пациента в ЧКВ-центр менее 12 часов, проводится догоспитальная ТЛТ (при отсутствии противопоказаний) с последующей доставкой пациента в ближайший ЧКВ-центр, минуя ПСО.

При наличии противопоказаний к ТЛТ и наличии перечисленных выше временных критериев пациент направляется непосредственно в ближайший ЧКВ-центр минуя ПСО.

При наличии противопоказаний к медицинской эвакуации в ЧКВ-центр, пациенты направляются в ближайшее ПСО по территориальному признаку для стабилизации состояния и подготовке к последующему переводу в ЧКВ-центр. Пациенты переводятся в ЧКВ центр из ПСО, при стабилизации состояния и отсутствии противопоказаний к медицинской эвакуации (сроки индивидуальны, перевод согласовывается со специалистами РСЦ №1, 2, 3, ГБУЗ НО «СККБ»)

При инфаркте миокарда с элевацией ST в случае позднего обращения (за пределами первых 24 часов от начала симптомов) пациенты направляются в ближайшее ПСО по территориальному признаку.

При подозрении на ОКС без стойкой элевации ST пациенты доставляются в ближайший ПСО по территориальному признаку для диагностики, лечения, определения уровня риска и отбора пациентов для последующего направления в ЧКВ-центр с целью проведения селективной коронарографии (далее - СКГ) в сроки, определяемые уровнем риска.

10. Переводу в РСЦ из ПСО, ЦРБ подлежат больные:

**- с 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. Пациентов 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 12 - 24 часов от момента начала симптомов, направляются в РСЦ незамедлительно.

в) 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).

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

**- с 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 переводятся в РСЦ в кратчайшие сроки для проведения коронарографии с намерением выполнить реваскуляризацию миокарда в первые 24 часа после госпитализации с целью снижения риска ишемии миокарда, сокращения длительности госпитализации и улучшения прогноза.

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 мониторирования,

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.

**- с другими острыми формами:**

- тромбоэмболия легочной артерии (код МКБ I26),
- расслаивающаяся аневризма аорты (код МКБ I71).
- жизнеугрожающие нарушения ритма и проводимости.

11. Относительные противопоказания к транспортировке больных в РСЦ (применяются на основании решения врачебного консилиума с обязательной повторной оценкой в динамике для маршрутизации больного в ЧКВ-центр):

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 II - III стадии, дыхательная недостаточность II - III);

2) Онкологические заболевания в стадии метастазирования;

3) Активные формы туберкулеза;

4) Острые инфекционные процессы;

5) Психические заболевания с дефектом личности;

6) Нарушение уровня сознания до комы (на основании решения консилиума и определения дальнейшей маршрутизации).

12. Перевод больных с ОКС из ПСО в РСЦ осуществляется транспортом СМП после консультации специалистами РСЦ (телемедицина, очная консультация) и по согласованию с дежурным реаниматологом или заведующим профильным отделением РСЦ.

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

14. При наличии показаний к оказанию экстренной кардиохирургической помощи (аортокоронарное шунтирование) пациент переводится в ГБУЗ НО «СККБ» в соответствии с алгоритмом (приложение 4 к Регламенту оказания медицинской помощи больным с ОКС).

15. При наличии показаний к экстренной имплантации постоянного ЭКС пациент переводится в ГБУЗ НО «СККБ» или ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 5 Нижегородского района г.Нижний Новгород» после

предварительной договоренности по телефону.

16. При наличии показаний к оказанию экстренной кардиохирургической помощи по поводу острого аортального синдрома пациент переводится в ГБУЗ НО «СККБ» в соответствии с алгоритмом (приложение 5 к Регламенту оказания медицинской помощи больным с ОКС).