**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ПРИКАЗ**

от 25.01.2022 № 20

**Об организации оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом в Ивановской области**

В целях совершенствования организации оказания неотложной кардиологической помощи пациентам с острым коронарным синдромом в Ивановской области **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

1.1. Порядок организации оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе лечения (приложение 1).

1.2. Порядок организации оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом на стационарном этапе (приложение 2).

1.3. Положение о кардиологическом дистанционно-консультативном пункте (приложение 3).

1.4. Порядок взаимодействия медицинских работников при осуществлении дистанционной передачи ЭКГ пациентов с острым коронарным синдромом (приложение 4).

1.5. Территориальное прикрепление взрослого населения для оказания медицинской помощи с применением чрескожных коронарных вмешательств (в ЧКВ-центрах) (приложение 5).

1.6. Территориальное прикрепление взрослого населения Ивановской области к первичным сосудистым отделениям (приложение 6).

1.7. Схемы доставки пациентов с острым коронарным синдромом в первичные сосудистые отделения и ЧКВ-центры (приложение 7).

1.8. Протокол тромболитической терапии при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST ЭКГ (приложение 8).

1.9. Алгоритм ведения пациента с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST ЭКГ (приложение 9).

1.10. Алгоритм ведения пациента с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST ЭКГ (приложение 10).

1.11. Лист оценки полноты мероприятий догоспитального этапа оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (приложение 11).

1.12. Форму ежемесячного отчета по оказанию медицинской помощи

пациентам с острым коронарным синдромом для медицинских организаций (приложение 12).

1.13. Форму ежемесячного отчета главного внештатного специалиста-кардиолога Департамента здравоохранения Ивановской области по маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом (приложение 13).

2. Главному врачу ОБУЗ «ССМП», главным врачам медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения Ивановской области, имеющих в своем составе отделения (станции) скорой медицинской помощи:

2.1. Обеспечить:

- исполнение порядка организации оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (далее – ОКС) на догоспитальном этапе;

- госпитализацию пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, после тромболизиса, а также пациентов с ОКС без подъема сегмента ST, относящихся к группе очень высокого риска, в медицинскую организацию, в структуре которой имеются сосудистый центр и/или отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения (далее - ЧКВ-центр), согласно территориальному прикреплению, утвержденному п. 1.5 настоящего приказа;

- исполнение порядка взаимодействия медицинских работников при осуществлении дистанционной передачи ЭКГ пациентов с ОКС;

- обучение и проверку навыков для фельдшеров и врачей бригад скорой медицинской помощи по проведению мероприятий для устранения угрожающих жизни состояний на постоянной основе (не реже 1 раза в квартал);

- заполнение раздела I листа оценки полноты мероприятий догоспитального этапа оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (далее – чек-лист ОКС) сотрудниками бригады скорой медицинской помощи, доставивших пациента с острым коронарным синдромом в специализированные отделения (приложение 11).

2.2. Организовать разбор случаев летальных исходов пациентов с ОКС в машине скорой помощи на клинических конференциях с привлечением профильных врачей-специалистов с последующим представлением материалов главному внештатному специалисту кардиологу Департамента здравоохранения Ивановской области (1 раз в квартал, до 20 числа месяца, следующего за отчетным).

3. Руководителям медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения Ивановской области, имеющих в своем составе региональный сосудистый центр (далее – РСЦ), первичное сосудистое отделение (далее – ПСО), отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения обеспечить:

- оказание медицинской помощи согласно порядку организации оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом на стационарном этапе лечения (приложение 2).

- передачу информации на амбулаторный этап при выписке пациента, перенесшего острый инфаркт миокарда и нуждающегося в активном

наблюдении.

- ежедневную передачу сведений о выписанных пациентах с инфарктом миокарда, а также о пациентах, которым была выполнена ангиопластика коронарных артерий со стентированием, в ОБУЗОТ МИАЦ в соответствии с распоряжением Департамента здравоохранения Ивановской области от 24.11.2020 № 973 «О ведении регионального регистра лиц, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний»;

- заполнение раздела II чек-листа ОКС по каждому случаю оказания помощи пациентам с острым коронарным синдромом. (приложение 11);

- проведение анализа оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом, в том числе с летальными исходами, внутри ПСО (РСЦ) в рамках внутреннего контроля качества медицинской помощи;

- представление протокола анализа оказания медицинской помощи при ОКС и отчета по форме согласно приложению 12 к настоящему приказу главному внештатному специалисту кардиологу Департамента здравоохранения Ивановской области (ежемесячно, в срок не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным);

- передачу данных о всех выписанных пациентах с ОКС в ОБУЗ «Кардиологический диспансер» для занесения в региональный регистр лиц, перенесших острый коронарный синдром и операции на сердце и коронарных сосудах (ежемесячно, до 5-го числа месяца, следующего за отчетным).

4. Руководителю РСЦ обеспечить:

- проведение совещаний в режиме ВКС между ПСО, РСЦ и СМП для обсуждения лечебной и диагностической тактики и маршрутизации пациентов с ОКС (ежедневно, по будним дням);

- проведение телемедицинских консультаций и виртуальных обходов с профильными федеральными медицинскими организациями по диагностике и лечению острых сердечно-сосудистых заболеваний;

- ведение федерального регистра больных с ОКС.

5. Главному врачу ОБУЗ «Кардиологический диспансер», главному внештатному специалисту кардиологу Департамента здравоохранения Ивановской области:

5.1. Обеспечить:

- контроль за ведением регионального регистра лиц, перенесших острый коронарный синдром и операции на сердце и коронарных сосудах;

- работу кардиологического дистанционно-консультативного пункта (далее – КДКП) в соответствии с приложением 3;

5.2. Осуществлять постоянный контроль выполнения комплекса мероприятий, направленных на дальнейшее совершенствование организации оказания медицинской помощи пациентам с ОКС, оказывать организационно-методическую помощь руководителям медицинских организаций по вопросам

оказания медицинской помощи данной категории пациентов.

5.3. Отчет по маршрутизации пациентов с ОКС представлять ежемесячно не позднее 10 числа месяца следующего за отчетным в соответствии с п. 1.13 в управление организации медицинской помощи взрослому населению и ведомственного контроля качества медицинской деятельности Департамента здравоохранения Ивановской области.

6. Признать утратившими силу приказ Департамента здравоохранения Ивановской области от 10.12.2019 № 267 «Об организации оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом в Ивановской области».

7. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя директора Департамента здравоохранения Ивановской области Лесных С.Н.

**Член Правительства Ивановской области – директор Департамента здравоохранения Ивановской области** **А.М.Фокин**



Приложение 1 к приказу
Департамента здравоохранения Ивановской области
от 25.01.2022 № 20

**Порядок организации оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе лечения**

1. Оказание медицинской помощи пациентам с ОКС на догоспитальном этапе осуществляется на основе действующих клинических рекомендаций Минздрава России, размещенных на сайте http://cr.rosminzdrav.ru/, Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденного приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 918н, а также стандартов медицинской помощи, утвержденных приказами Минздрава России.

2. При подозрении на ОКС исследование ЭКГ должно быть проведено бригадой скорой медицинской помощи в срок до 10 минут от момента прибытия на вызов. Время регистрации и интерпретации ЭКГ считается первым медицинским контактом.

3. При подозрении на ОКС осуществляется передача ЭКГ с использованием средств дистанционной передачи ЭКГ в соответствии с приложением 4 к настоящему приказу и информирование медицинской организации о предстоящей госпитализации.

4. В зависимости от выявленных изменений (наличии/отсутствии подъема сегмента ST ЭКГ) определяется дальнейшая маршрутизация пациента.

5. Медицинская помощь пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST осуществляется в соответствии с алгоритмом ведения пациента с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST ЭКГ (приложение 9).

6. В случае если временной интервал от первого медицинского контакта до момента госпитализации пациента с ОКС с подъемом сегмента ST составляет менее 90 минут, пациента необходимо госпитализировать в ближайшую медицинскую организацию, в структуре которой имеются ЧКВ-центр, по территориальному признаку (приложению 5), тромболитическую терапию при этом проводить не следует.

7. В случае временного интервала от первого медицинского контакта до госпитализации более 90 минут, пациенту с ОКС с подъемом сегмента ST проводится тромболитическая терапия в соответствии с протоколом тромболитической терапии при ОКС с подъемом сегмента ST ЭКГ (приложение 4) с последующей госпитализацией в медицинскую организацию, в структуре которой имеется ЧКВ-центр, согласно территориальному прикреплению взрослого населения для оказания медицинской помощи с применением чрескожных коронарных вмешательств (приложение 5). Тромболитическая терапия должна быть начата в максимально короткий срок (около 30 минут от момента первого медицинского контакта).

8. Транспортировка в медицинскую организацию, в структуре которой имеется ЧКВ-центр, должна осуществляться сразу после начала

тромболитической терапии, не ожидая ее результатов.

9. Госпитализация пациента с ОКС с подъемом сегмента ST должна осуществляться первой же бригадой скорой медицинской помощи, избегая передачи вызовов специализированным бригадам.

10. При принятии решения о госпитализации пациента с ОКС в медицинскую организацию, в структуре которой имеется ЧКВ-центр, сотрудник скорой медицинской помощи уведомляет персонал соответствующего подразделения о начале транспортировки пациента и предполагаемом времени прибытия по телефонам, указанным в Приложении 5 к настоящему Приказу.

11. Всем пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST при отсутствии противопоказаний на догоспитальном этапе необходимо провести двойную дезагрегантную терапию в соответствии со стандартом скорой медицинской помощи, утвержденным приказом Минздрава России от 05.06.2016 № 457н.

12. Обезболивание пациентов с ОКС проводить согласно стандарту скорой медицинской помощи, утвержденному приказом Минздрава России от 05.06.2016 № 457н.

13. При наличии показаний к госпитализации в РСЦ доставка пациентов из отдаленных и труднодоступных районов осуществляется службой санитарной авиации.

14. Медицинская помощь пациентам с ОКС без подъема сегмента ST осуществляется в соответствии с алгоритмом ведения пациента с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST ЭКГ (приложение 7):

- пациенты, относящиеся к группе очень высокого риска, госпитализируются в медицинскую организацию, в структуре которой имеется ЧКВ-центр;

- пациенты с ОКС без подъема сегмента ST, относящиеся к группе высокого, умеренного или низкого риска, госпитализируются в первичные сосудистые отделения.

15. Если при ОКС без подъема сегмента ST недостаточно данных для стратификации риска на догоспитальном этапе, пациента следует доставить в ПСО в соответствии с территориальным прикреплением (приложение 4).

16. В случае сомнительного диагноза ОКС без подъема сегмента ST назначение двойной дезагрегантной терапии может быть отложено до поступления в стационар.

Приложение 2 к приказу
Департамента здравоохранения Ивановской области
от 25.01.2022 № 20

**Порядок организации оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом на стационарном этапе лечения**

1. Оказание медицинской помощи пациентам с ОКС в стационарных условиях осуществляется на основе действующих клинических рекомендаций Минздрава России, размещенных на сайте http://cr.rosminzdrav.ru/, Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденного приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 918н, а также стандартов медицинской помощи, утвержденных приказами Минздрава России.

2. Пациенты с ОКС госпитализируются непосредственно в блок реанимации и интенсивной терапии, минуя приемное отделение.

3. В условиях блока реанимации и интенсивной терапии обеспечивается мониторирование жизненно важных функций организма и ЭКГ.

4. Реабилитация пациентов с ОКС начинается в условиях БРИТ и продолжается в условиях кардиологического или специализированного реабилитационного отделения.

5. При наличии показаний рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST должны быть начаты как можно скорее, чтобы обеспечить восстановление кровотока до 60 минут от момента поступления или 120 минут от момента первого медицинского контакта. У пациентов, которым на догоспитальном этапе (или в другом стационаре) проведена успешная тромболитическая терапия, эндоваскулярное вмешательство проводится в течение 2-24 часов. При неуспешном тромболизисе эндоваскулярное вмешательство проводится незамедлительно («спасительное» ЧКВ)

6. Госпитализация пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST осуществляется в медицинскую организацию, в структуре которой имеется ЧКВ-центр в соответствии с территориальным прикреплением (приложение 5) в максимально короткие сроки. При необходимости решить вопрос о проведении тромболитической терапии.

7. При установлении диагноза ОКС без подъема сегмента ST (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда без подъема сегмента ST) в медицинской организации, в структуре которой нет ЧКВ-центра, необходимо осуществлять перевод пациентов, относящихся к группам высокого риска в ЧКВ-центр в соответствии с территориальным прикреплением (приложение 5) и клиническим рекомендациями, размещенными на сайте http://cr.rosminzdrav.ru/, по согласованию с РСЦ.

8. При умеренном или низком риске больные с ОКС без подъема сегмента ST могут проходить лечение в медицинских организациях, в структуре которых отсутствует ЧКВ-центр.

9. После проведения чрескожной ангиопластики и стабильном состоянии возможен перевод пациента из ЧКВ-центра в ПСО или специализированное отделение реабилитации, для продолжения лечения и реабилитации в соответствии с территориальной принадлежностью

10. Вопросы маршрутизации, тактика ведения пациентов с ОКС, включая решение о переводе пациентов из ПСО в РСЦ, в ежедневном режиме по будним дням обсуждаются руководителем РСЦ, заведующими ПСО и лицами, ответственными за организацию работы скорой медицинской помощи медицинских организаций в ходе видеоселекторных совещаний.

11. При необходимости перевода пациента с ОКС из ПСО в РСЦ руководителем РСЦ согласуется дата и время перевода. Перевод пациентов из ПСО в РСЦ осуществляется силами скорой медицинской помощи, а при необходимости также с привлечением службы санитарной авиации.

12. Тактика ведения пациентов с ОКС, находящихся на лечении в РСЦ, при необходимости согласуется руководителем РСЦ с профильными федеральными медицинскими организациями посредством проведения телемедицинских консультаций.

13. По окончании стационарного лечения сведения о пациентах, перенесших острый инфаркт миокарда, а также о пациентах, которым была выполнена ангиопластика коронарных артерий со стентированием передаются в ОБУЗОТ МИАЦ посредством защищенной сети передачи данных для включения в региональный регистр пациентов, получающих льготное лекарственное обеспечение и в поликлиники для взятия на диспансерный учет.

14. При выписке из ПСО или РСЦ указанных в п. 11 категорий пациентов, на руки им выдаются рецепты на лекарственные препараты в соответствии с перечнем, утвержденным приказом Минздрава России от 09.01.2020 № 1н, в объеме двухмесячной потребности.

Приложение 3 к приказу
Департамента здравоохранения Ивановской области
от 25.01.2022 № 20

**Положение о кардиологическом дистанционно-консультативном пункте**

1. Общие положения.

1.1. Настоящее положение определяет организацию деятельности кардиологического дистанционно-консультативного пункта (далее – КДКП).

1.2. КДКП является структурным подразделением отделения функциональной диагностики ОБУЗ «Кардиологический диспансер» (далее – диспансер).

1.3. Работой КДКП руководит заведующий отделением функциональной диагностики, назначаемый на должность и освобождаемый от должности главным врачом ОБУЗ «Кардиологический диспансер».

1.4. КДКП работает в круглосуточном режиме.

1.5. Сотрудники КДКП ведут учет зарегистрированных приборов передачи ЭКГ в разрезе медицинских организаций и подразделений медицинских организаций, осуществляющих дистанционную передачу ЭКГ.

1.6. Нагрузка персонала КДКП определяется задачами отделения, положением о его функциональных обязанностях, а также расчетными нормами времени на проведение необходимых исследований.

2. Функции КДКП

2.1. Обеспечение в круглосуточном режиме приема и расшифровки ЭКГ, переданных дистанционно с использованием телемедицинских технологий.

3. Задачи КДКП

3.1. Прием с помощью специального оборудования передаваемых с мест электрокардиограмм пациентов с подозрением на острый коронарный синдром.

3.2. Расшифровка передаваемых с мест электрокардиограмм с помощью специально установленной программы.

3.3. Формирование заключения по результатам расшифровки электрокардиограмм.

3.4. Передача результатов расшифровки ЭКГ медицинскому персоналу.

3.5. Систематический анализ качественных и количественных показателей работы.

3.6. Своевременное информирование медицинских организаций о необходимости ремонта и(или) замены передающего оборудования.

3.7. Ведение учетно-отчетной документации.

Приложение 4 к приказу
Департамента здравоохранения Ивановской области
от 25.01.2022 № 20

**Порядок взаимодействия медицинских работников при осуществлении дистанционной передачи ЭКГ пациентов с острым коронарным синдромом**

1. При наличии характерного болевого синдрома и (или) его эквивалентов, при необходимости проведения дифференциальной диагностики ОКС, врач (фельдшер), оказывающий медицинскую помощь пациенту, осуществляет регистрацию ЭКГ с помощью системы дистанционной передачи ЭКГ (при ее наличии).

2. По окончании записи врач (фельдшер) уведомляет о предстоящей передаче врача КДКП по телефону (4932) 32-91-06 либо +7(963)150-90-50 и передает полученную запись в КДКП для расшифровки.

3. Врач КДКП осуществляет:

- прием файла с записью ЭКГ с помощью программы приема ЭКГ;
- расшифровку записи ЭКГ;
- сохранение файла с записью ЭКГ в компьютерной базе данных.

4. Врач КДКП сообщает медицинскому работнику, осуществившему передачу ЭКГ, результаты расшифровки ЭКГ в устной форме.

5. Врач КДКП фиксирует результаты расшифровки ЭКГ в журнале дистанционного приема ЭКГ.

6. Окончательное решение о маршрутизации пациента с острым коронарным синдромом или с подозрением на острый коронарный синдром принимает медицинский работник, непосредственно оказывающий медицинскую помощь данному пациенту с учетом существующей нормативной базы.

Приложение 5 к приказу
Департамента здравоохранения Ивановской области
от 25.01.2022 № 20

**Территориальное прикрепление взрослого населения для оказания медицинской помощи с применением чрескожных коронарных вмешательств (в ЧКВ-центрах)**

| № п/п | Наименование медицинской организации | Перечень прикрепленных территорий | Численность прикрепленного населения |
|---|---|---|---|
| 1. | Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Кинешемская центральная районная больница» | - г.о. Кинешма<br>- Кинешемский муниципальный район<br>- Заволжский муниципальный район<br>- Юрьевецкий муниципальный район<br>- г.о. Вичуга<br>- Вичугский муниципальный район<br>- Пучежский муниципальный район | 157275 чел. |
| 2. | Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Ивановская областная клиническая больница» | - г.о. Иваново,<br>- Ивановский муниципальный район<br>- г.о. Шуя<br>- Шуйский муниципальный район<br>- Палехский муниципальный район<br>- Южский муниципальный район<br>- Верхне–Ландеховский муниципальный район<br>- Пестяковский муниципальный район<br>- Савинский муниципальный район<br>- Лежневский муниципальный район<br>- Комсомольский муниципальный район<br>- Родниковский муниципальный район<br>- Лухский муниципальный район<br>- Фурмановский муниципальный район<br>- Приволжский муниципальный район<br>- Ильинский муниципальный район<br>- г.о. Тейково<br>-Тейковский муниципальный район<br>- Гаврилово-Посадский муниципальный район | 688872 чел. |

**Телефоны для экстренной связи:**

1. Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Ивановская

областная клиническая больница» - (4932) 500-112

2. Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Кинешемская центральная районная больница» - _____
3. Центральная диспетчерская служба: _____
4. Территориальный центр медицины катастроф _____

Приложение 6 к приказу
Департамента здравоохранения Ивановской области
от 25.01.2022 № 20

**Территориальное прикрепление взрослого населения Ивановской области к первичным сосудистым отделениям**

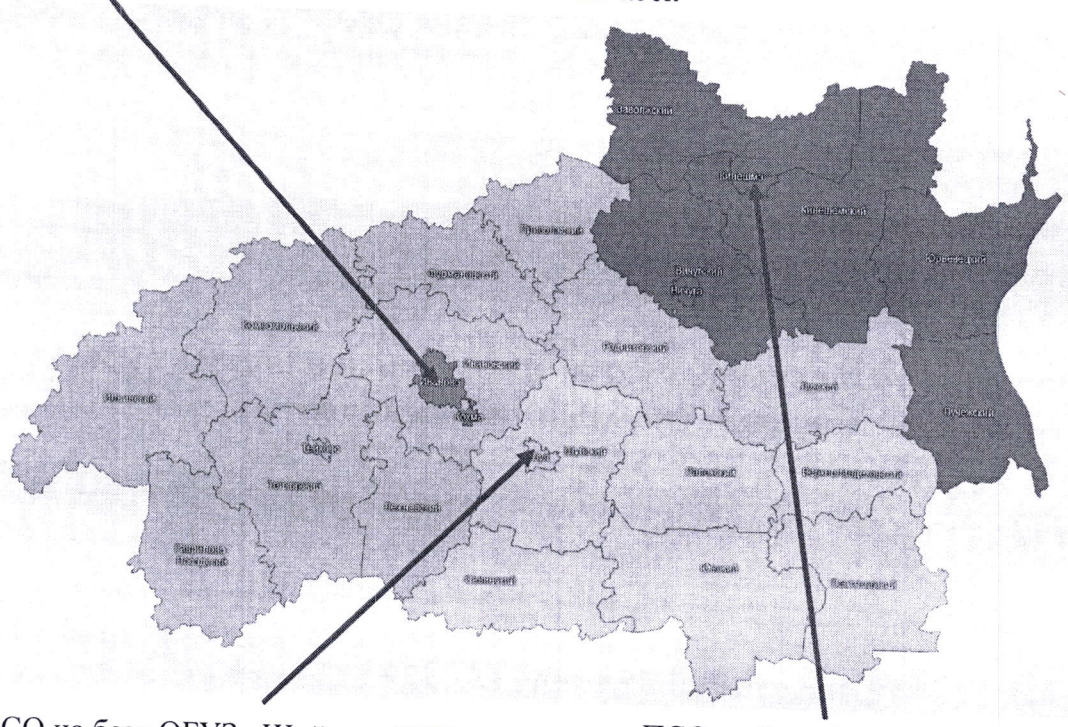
| № п/п | Наименование медицинской организации | Перечень прикрепленных территорий | Численность прикрепленного населения |
|---|---|---|---|
| 1. | Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Кинешемская центральная районная больница» | - г.о. Кинешма<br>- Кинешемский муниципальный район<br>- Заволжский муниципальный район<br>- Юрьевецкий муниципальный район<br>- г.о. Вичуга<br>- Вичугский муниципальный район<br>- Пучежский муниципальный район | 157275 чел. |
| 2. | Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Шуйская центральная районная больница» | - г.о. Шуя<br>- Шуйский муниципальный район<br>- Палехский муниципальный район<br>- Южский муниципальный район<br>- Верхне–Ландеховский муниципальный район<br>- Пестяковский муниципальный район<br>- Савинский муниципальный район | 98822 чел. |
| 3. | Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Кардиологический диспансер» | - г.о. Иваново: районы обслуживания Областного бюджетного учреждения здравоохранения «1-я городская клиническая больница», Областного бюджетного учреждения здравоохранения «Ивановская клиническая больница имени Куваевых», Областного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 4» (поликлиники №№ 1,2,4,5,6,8,9,10),<br>- Ивановский муниципальный район (кроме района обслуживания ОБУЗ «Кохомская ГБ»)<br>- Лежневский муниципальный район<br>- Комсомольский муниципальный район<br>- Родниковский муниципальный район<br>- Фурмановский муниципальный район | 405177 чел. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | - Приволжский муниципальный район<br>- Ильинский муниципальный район<br>- г.о. Тейково<br>-Тейковский муниципальный район<br>- Гаврилово-Посадский муниципальный район<br>- Лухский муниципальный район | |
| 4. | Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 3 г. Иванова» | - г.о. Иваново: районы обслуживания ОБУЗ «ГКБ № 3 г. Иваново», ОБУЗ «ГКБ № 7» (поликлиники №№ 3,7,11,12,13)<br>- район обслуживания ОБУЗ «Кохомская городская больница» | 157275 чел. |

Приложение 7 к приказу
Департамента здравоохранения Ивановской области
от 25.01.2022 № 20

## Схема доставки пациентов с острым коронарным синдромом в первичные сосудистые отделения

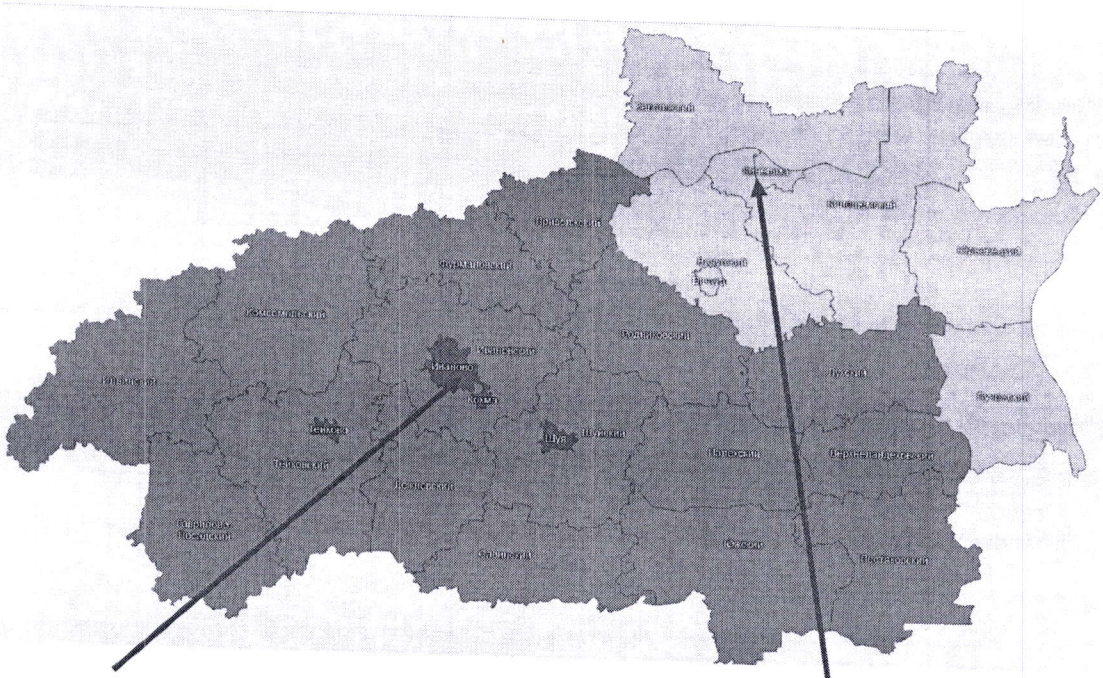
г. Иваново:
1. ПСО на базе ОБУЗ «Кардиологический диспансер» - 45 коек
2. ПСО на базе ОБУЗ «ГКБ № 3 г. Иваново» - 25 коек



ПСО на базе ОБУЗ «Шуйская ЦРБ» - 15 коек

ПСО на базе ОБУЗ «Кинешемская ЦРБ» - 25 коек

## Схема доставки пациентов с ОКС в ЧКВ-центры



ЧКВ-центр на базе РСЦ (ОБУЗ ИвОКБ) - 40 коек

ЧКВ-центр на базе ПСО ОБУЗ «Кинешемская ЦРБ» - 25 коек

Приложение 8 к приказу
Департамента здравоохранения Ивановской области
от 25.01.2022 № 20

# Протокол тромболитической терапии при ОКС с подъемом сегмента ST ЭКГ

ФИО_____ № и/б_____ Возраст_____ лет
Пол М Ж Масса тела_____кг
Дата_____20__ г Время поступления ___ч_____мин. Время начала ТЛТ____ч_____мин

| Показания к ТЛТ | | Абсолютные противопоказания к ТЛТ | |
|---|---|---|---|
| Время приступа менее ‹ 12 часов | | Перенесенный геморрагический инсульт или ОНМК неизвестной этиологии | |
| ↑ ST ≥ 1мм минимум в 2 отведениях: I II III aVL aVF | | Ишемический инсульт в течение последних 3 месяцев | |
| ↑ ST ≥ 1мм минимум в двух из грудных отведений V1-V6 | | Опухоль мозга, первичная и метастазы | |
| Новая блокада ЛНПГ | | Подозрение на расслоение аорты | |
| Истинный задний ИМ: Высокие R V1-V2 + ↓ST-T V1-V4 | | Наличие признаков кровотечения или геморрагического диатеза | |
| | | Существенные закрытые травмы головы в последние 3 мес | |
| | | Изменение структуры мозговых сосудов | |

**Взвесить пользу и риск ТЛТ**. Польза больше у пациентов высокого риска смерти. Риск больше у пациентов высокого риска кровотечений

| **Высокий риск смерти (хотя бы 1 показатель)** | | **Риск осложнений ТЛТ ( относительные противопоказания)** | |
|---|---|---|---|
| ↑ ST ≥ 2мм в ≥ 2 передних отведениях | | Плохо контролируемая АГ: САД>180мм рт ст, ДАД>110мм рт ст | |
| Новая блокада ЛНПГ | | Ишемический инсульт в течение последних 3 месяцев | |
| ↑ ST ≥ 1мм при нижнем ИМ в сочетании с АД ‹ 100 мм рт ст или ЧСС > 100 или классом по Киллип 2-3 или ↓ST ≥ 2мм в V1-V4 или ↑ ST ≥ 1мм в V4R | | Травматичная и длительная (более 10 мин) сердечно- легочная реанимация<br><br>Пункция сосуда, не поддающегося прижатию | |
| Класс по Киллип ≥ 2( острая СН)-предпочтительней ЧКВ | | Недавнее ( в течение 2-4 нед) внутреннее кровотечение | |
| Возраст ≥ 75 лет | | Деменция, другая в/ч патология | |
| Поздняя госпитализация ( > 4 часов)-предпочтительней ЧКВ | | Существенные закрытые травмы головы в последние 3 мес | |
| Курение | | Беременность | |
| Риск по TIMI в баллах | | Обострение язвенной болезни | |
| Сахарный диабет | | Прием непрямых антикоагулянтов ( чем выше МНО, тем выше риск кровотечения) | |

Увеличивают риск кровотечений: старческий возраст, женский пол, низкая масса тела, ХПН, кровотечения в анамнезе, диуретики, инотропы, поражение ПЖ, переход с одного гепарина на другой.

**Польза ТЛТ превышает риск кровотечений:** **ДА** **НЕТ**

**Эффективность ТЛТ** (ЭКГ через 60 мин в худшем отведении от окончания ТЛТ)

**ДА** (возвращение ST на > 50% от исходного) **НЕТ**

Осложнения ТЛТ: НЕТ ЕСТЬ (массивное кровотечение, ОНМК, другое_____)

Дата_____20___г Время_____ ФИО_____ Подпись_____

**Памятка медицинскому работнику, проводящему ТЛТ**

**Сопутствующая ТЛТ антитромботическая терапия**:

1) АСПИРИН (если не был дан СП) 250 мг разжевать.
2) КЛОПИДОГРЕЛ (если не дан СП) 300 мг лицам до 75лет, 75мг после 75 лет
3) АНТИТРОМБИНЫ (в порядке предпочтения)

При ТЛТ **альтеплазой, проурокиназой, тенектеплазой**- ЭНОКСАПАРИН (болюс 30 мг в/в, через 15 мин по 1мг/кг 2 раза в сутки п/к-до 8 дня болезни или до выписки из стационара, если она произошла раньше; у лиц старше 75 лет- без болюса); НФГ в/в инфузия под контролем АЧТВ через 3,6,12,24 часа (до 48 часов)

При ТЛТ **стрептокиназой**- ФОНДАПАРИНУКС (болюс 2,5 мг в/в), через 24 часа- 2,5 мг п/к 1 раз в сутки до 8 дня болезни или до выписки из стационара, если она произошла раньше; ЭНОКСАПАРИН (болюс 30мг в/в, через 15 мин по 1мг/кг 2 раза в сутки п/к-до 8 дня болезни или до выписки из стационара, если она произошла раньше; у лиц старше 75 лет- без болюса); НФГ в/в инфузия под контролем АЧТВ через 3,6,12,24 часа (до 48 часов).

**Классы тяжести по Killip**

| | |
|---|---|
| Класс I | Клинические признаки сердечной недостаточности (в том числе хрипы в легких и III тон сердца) отсутствуют |
| Класс II | Влажные хрипы выслушиваются менее, чем над 50% области легких. Может присутствовать тахикардия, III тон сердца |
| Класс III | Отек легких. Хрипы выслушиваются более чем над 50% области легких |
| Класс IV | Кардиогенный шок |

**Оценка риска смерти в стационаре по критериям группы TIMI**

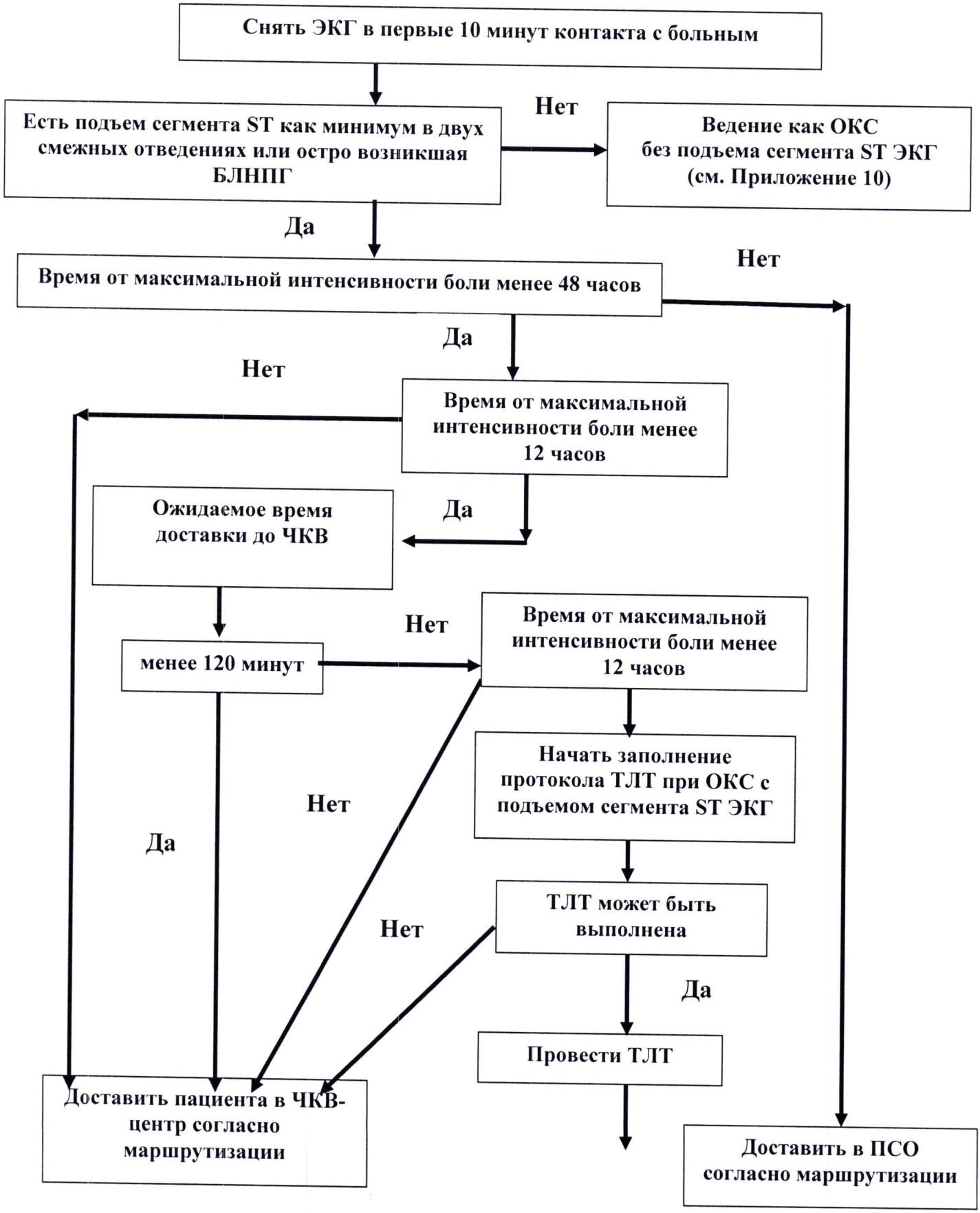
| Фактор риска | Баллы |
|---|---|
| Возраст ≥ 75 лет | 3 |
| Возраст 65-74 года | 2 |
| САД <100мм рт ст | 3 |
| ЧСС>100уд/мин | 2 |
| Класс по Killip II-IV | 2 |
| Подъемы сегмента ST передней локализации или блокада ЛНПГ | 1 |
| СД, АГ или стенокардия в анамнезе | 1 |
| Масса тела < 67кг | 1 |
| Время начала лечения > 4 часов от появления симптомов | 1 |

| Сумма баллов | Риск наступления летального исхода в ближайшие 30 суток* |
|---|---|
| 0 | 0,8% |
| 1 | 1,6% |
| 2 | 2,2% |
| 3 | 4,4% |
| 4 | 7,3% |
| 5 | 12,4% |
| 6 | 16,1% |
| 7 | 23,4% |
| 8 | 26,8% |
| >8 | 35,9% |

Примечание: *-при условии проведения ТЛТ

Приложение 9 к приказу
Департамента здравоохранения Ивановской области
от 25.01.2022 № 20

**Алгоритм ведения пациента с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST ЭКГ**



## Памятка работнику скорой медицинской помощи при ведении пациента с ОКС с подъемом сегмента ST ЭКГ

- Ожидаемое время доставки до ЧКВ-центра оценивается от первого контакта пациента с медицинским работником.
- Если время доставки до ЧКВ-центра составляет менее 120 минут, то пациента предпочтительно доставить в ЧКВ-центр в первые 60 минут и максимум в первые 90 минут от первого контакта пациента с медицинским работником.
- Начало проведения ТЛТ на догоспитальном этапе предпочтительно в течение 30 минут от первого контакта пациента с медицинским работником.

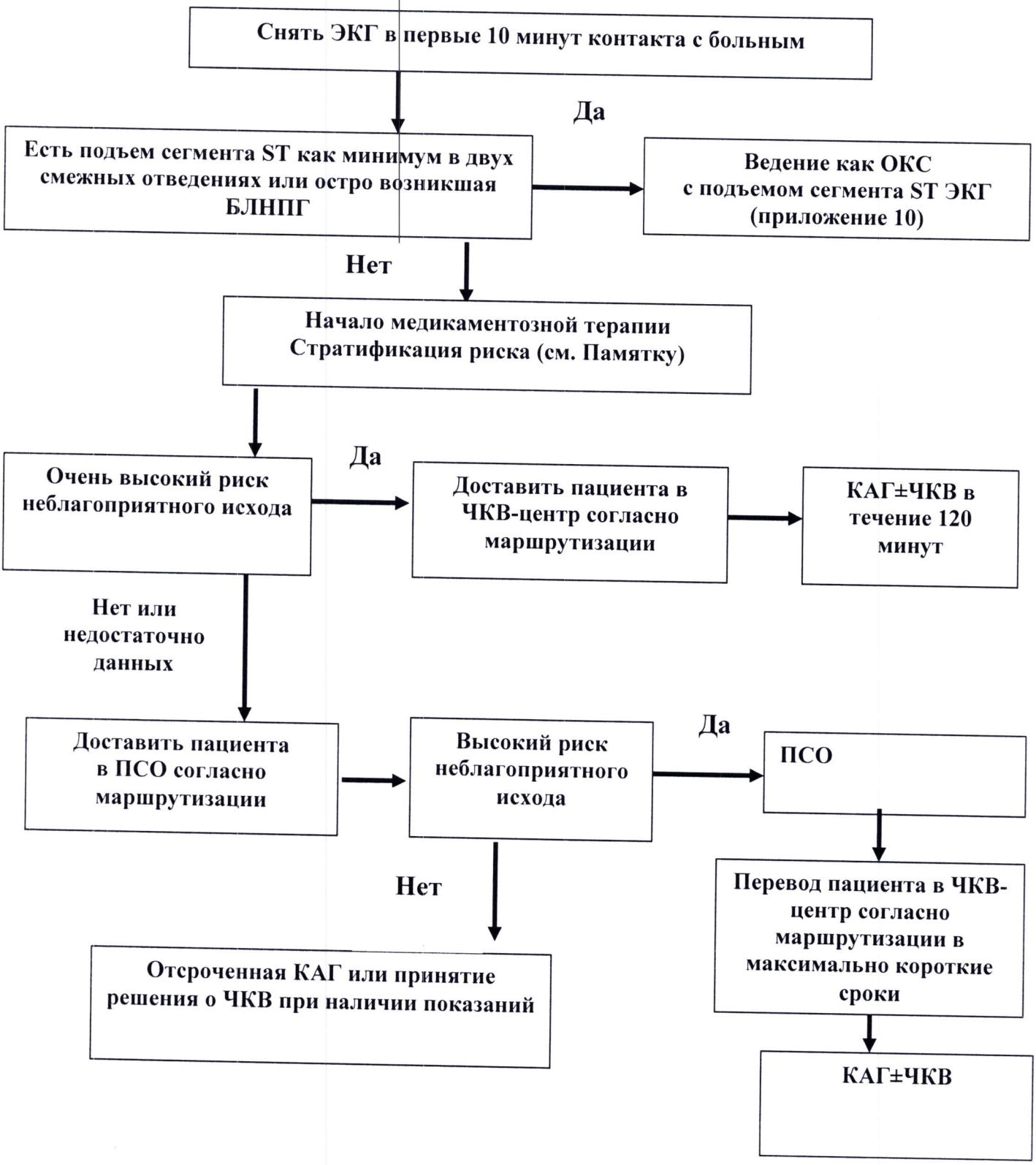
При наличии депрессии сегмента ST ≥0,05мВ в отведениях $V_1$-$V_3$, особенно с позитивными зубцами Т, рекомендуется зарегистрировать ЭКГ в отведениях $V_7$-$V_9$

- ЭКГ критериями для начала реперфузионной терапии являются:

1. стойкие подъемы сегмента ST ≥0,1мВ как минимум в двух смежных отведениях ЭКГ (≥0,25 мВ у мужчин до 40 лет/0,2 мВ у мужчин старше 40 лет и ≥0,15мВ у женщин в отведениях $V_2$-$V_3$)
2. или остро возникшая блокада левой ножки пучка Гиса.
3. Сочетание депрессий сегмента ST ≥0,1 мВ во многих отведениях >0,1 мВ в сочетании с подъемами сегмента ST в отведениях aVR и/или $V_1$ свидетельствующих о многососудистом поражении или поражении ствола левой коронарной артерии.

Приложение 10 к приказу
Департамента здравоохранения Ивановской области
от 25.01.2022 № 20

**Алгоритм ведения пациента с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST ЭКГ**



**Памятка медицинскому работнику по стратификации риска при ОКС без подъема сегмента ST ЭКГ**

**1. <u>Очень высокий риск неблагоприятного исхода</u>:**
- кардиогенный шок;
- нестабильная гемодинамика (острая сердечная недостаточность-отек легких с сохраняющимися болями в грудной клетке или смещениями сегмента ST на ЭКГ);
- повторные динамические изменения сегмента ST или зубца Т;
- фибрилляция желудочков;
- остановка кровообращения;

**2.<u>Высокий риск неблагоприятного исхода:</u>**
- подъем или снижение уровня сердечного тропонина, соответствующее критериям ОИМ (показатель динамически определяется в стационаре в зависимости от принятой рутинной практики диагностики ОИМ);
- динамические смещения сегмента ST или зубца Т (с симптомами или без них);
- риск по шкале GRACE более 140 баллов;

**<u>Если высокий риск диагностируется по шкале</u>** GRACE уже на этапе СМП, то пациент сразу доставляется в ЧКВ-центр.

**Если высокий риск определен в условиях приемных отделений медицинских организаций либо стационарном этапе - перевод в ЧКВ-центр в максимально короткие сроки).**

**3. Умеренный риск неблагоприятного исхода (определяется в ПСО-перевод осуществляется по согласованию с руководителем ЧКВ-центра)**
- ранняя постинфарктная стенокардия;
- недавняя ЧКВ; КШ в прошлом;
- риск по шкале GRACE более 109 баллов, но менее 141 балла.

**Оценка риска смерти с использованием шкалы GRACE**

| Фактор риска | Число баллов | Фактор риска | Число баллов | Фактор риска | Число баллов |
|---|---|---|---|---|---|
| ***Возраст (годы)*** | | ***ЧСС (уд/мин)*** | | ***САД (мм рт. ст.)*** | |
| ≤ 30 | 0 | ≤ 50 | 0 | ≤ 80 | 58 |
| 30—39 | 8 | 50—69 | 3 | 80—99 | 53 |
| 40—49 | 25 | 70—89 | 9 | 100—119 | 43 |
| 50—59 | 41 | 90—109 | 15 | 120—139 | 34 |
| 60—69 | 58 | 110—149 | 24 | 140—159 | 24 |
| 70—79 | 75 | 150—199 | 38 | 160—199 | 10 |
| 80—89 | 91 | ≥ 200 | 46 | ≥ 200 | 0 |
| ≥ 90 | 100 | | | | |
| ***Класс по Киллипу*** | | ***Креатинин крови (мкмоль/л)*** | | ***Другие факторы*** | |
| I | 0 | 0—34,49 | 1 | Остановка сердца при поступлении | 39 |
| II | 20 | 34,50—69,84 | 4 | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| III | 39 | 69,85—105,19 | 7 | Смещение ST, инверсия Т | 28 |
| IV | 59 | 105,20—140,55 | 10 | | |
| ***Классы тяжести по Killip указаны в протоколе ТЛТ*** | | 140,56—175,91 | 13 | Повышенный уровень маркеров некроза миокарда | 14 |
| | | 175,92—352,71 | 21 | | |
| | | ≥ 352,72 | 28 | | |

Риск смерти определяется **по шкале** GRACE по сумме баллов:
Низкий (<1%) ≤ 108
Умеренный (1—3%) 109—140
Высокий (> 3%) ≥ 141

Приложение 11 к приказу
Департамента здравоохранения Ивановской области
от 25.01.2022 № 20

# Лист оценки полноты мероприятий догоспитального и госпитального этапов оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС)

Ф.И.О. _____ Дата рождения_____
Район_____ Доставлен в МО_____
(наименование учреждения здравоохранения)

| I. Заполняется сотрудниками СМП | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Дата | Время | | | | |
| | приёма вызова СМП | прибытия бригады СМП | снятия ЭКГ | прибытия в стационар | смотра врача приёмного отдел |
| | | | | | |

| Оцениваемые параметры | «Да» | «Нет» |
|---|---|---|
| Оказана помощь: Ацетилсалициловая кислота | | |
| Клопидогрель | | |
| Гепарин | | |
| Болевой синдром купирован полностью | | |
| ТЛТ | | |
| Если «НЕТ» указать причину | | |
| ОКС с подъемом сегмента ST | | |
| Пациент доставлен (доставлялся) в РСЦ | | |
| Состав бригады СМП: Врачебная | | |
| Число медицинских работников ССМП (указать) | | |
| ФИО вр/ф-ра | подпись | |

| II. Заполняется врачом РСЦ (ПСО), принимавшим пациента | | |
|---|---|---|
| Дата и время первого эпизода болей за грудиной (со слов пациента) | «___» _____ 20 ___ г. | «___» час. «____» мин. |
| Дата и время максимальной интенсивности болей за грудиной (со слов пациента) | «___» _____ 20 ___ г. | «___» час. «____» мин. |
| Вызывалась ли СМП по поводу похожих симптомов в течение предшествующих 3 дней (со слов пациента) | ДА ☐ «___» _____ 20 ____ г. | НЕТ ☐ |
| Дата и время госпитализации | «___» _____ 20 ___ г. | «___» час. «____» мин. |
| Изменения на ЭКГ СМП: | | |
| Подъем сегмента ST ЭКГ | ДА ☐ | НЕТ ☐ |
| Изменения на ЭКГ при поступлении: | | |
| Подъем сегмента ST ЭКГ | ДА ☐ | НЕТ ☐ |
| ЧКВ проведено | ДА ☐ | НЕТ ☐ |
| Если «НЕТ» указать причину | | |
| ТЛТ проведено | ДА ☐ | НЕТ ☐ |
| Если «НЕТ» указать причину | | |
| Маршрутизация соблюдена | ДА ☐ | НЕТ ☐ |
| Помощь оказана в полном объеме | ДА ☐ | НЕТ ☐ |
| Дефекты оказания помощи на этапе СМП | ДА ☐ | НЕТ ☐ |
| Если «ДА», указать какие | | |

Сотрудник РСЦ (ПСО) _____ _____ _____
(должность) (подпись) (Ф.И.О.)
Дата заполнения «___» _____ 20____ г.

Приложение 12 к приказу
Департамента здравоохранения Ивановской области
от 25.01.2022 № 20

**Форма ежемесячного отчета по оказанию медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом для медицинских организаций**

| | | |
|---|---|---|
| | Название учреждения _____ | Кол-во |
| | Отчетный период _____ | |
| **1** | **Данные по направлению пациентов с диагнозом ОКС** | |
| **1.1** | **Общее количество доставленных по СМП пациентов с диагнозом ОКС (по журналу приемного отделения) из них:** | |
| 1.1.1 | Число пациентов из поступивших с подозрением на ОКС (из п.1.1), у которых диагноз ОКС не подтвержден при выписке | |
| 1.1.2 | ОКС с подъемом, диагностированный в приемном отделении и сразу отправленный в ЧКВ-центр (из п.1.1) | |
| 1.1.3 | Число пациентов с ОКС без подъема сегмента ST с очень высоким и высоким риском осложнений (GRACE >= 140), сразу отправленных в ЧКВ-центр | |
| **1.2** | **Общее количество доставленных по СМП пациентов с подозрением на ОКС с нарушением маршрутизации:** | |
| 1.2.1 | Число пациентов с подозрением на ОКС с подъемом ST на этапе СМП (из п.1.2) | |
| 1.2.2 | Число пациентов, у которых диагноз ОКС не подтвержден уже на этапе приемного отделения (из п.1.2) | |
| **2** | **Данные по госпитализации (только для пациентов с подтвержденным диагнозом ОКС)** | |
| **2.1** | **Число пациентов с ОКС, доставленных в ЧКВ-центр СМП** | |
| 2.1.1 | Из них число пациентов после тромболизиса на догоспитальном этапе | |
| **2.2** | **Число пациентов с ОКС, переведенных в ЧКВ-центр из ПСО** | |
| 2.2.1 | Из них после тромболизиса, проведенного в ПСО | |
| 2.2.2 | Из числа пациентов с ОКС, переведенных в ЧКВ-центр из ПСО, число пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST | |
| 2.2.3 | Из числа пациентов с ОКС, переведенных в ЧКВ-центр из ПСО, число пациентов с ОКС без подъема сегмента ST | |
| **2.3** | **Число пациентов с ОКС, переведенных в ЧКВ-центр из других стационаров или непрофильных отделений этого же учреждения, из них:** | |
| 2.3.1 | Из числа пациентов с ОКС, переведенных в ЧКВ-центр из других стационаров (не из ПСО), число пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST (из п.2.3) | |

| | | |
|---|---|---|
| 2.3.2 | Из числа пациентов с ОКС, переведенных в ЧКВ-центр из других стационаров, число пациентов с ОКС без подъема сегмента ST (из п.2.3) | |
| **3** | **Данные по времени госпитализации от начала заболевания (учитывается только первичная госпитализация, переведенных из других учреждений не учитывать)** | |
| | **Число пациентов госпитализированных:** | |
| 3.1 | В первые 2 часа от начала заболевания (от 0 до 2 ч) | |
| 3.2 | В первые 12 часов от начала заболевания (это все от 0 до 12 ч) | |
| 3.2.1 | Из них число пациентов с инфарктом миокарда, с подъемом сегмента ST, госпитализированных в первые 12 часов от начала заболевания | |
| 3.2.1.1 | Из них проведена тромболитическая терапия на догоспитальном этапе | |
| 3.2.1.2 | Из них проведена тромболитическая терапия на госпитальном этапе | |
| 3.3 | В первые 24 часа от начала заболевания (это все от 0 до 24 ч) | |
| 3.3.1 | Из них число пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST | |
| 3.4 | После 24 часов от начала заболевания (остальные после 24 ч) | |
| 3.4.1. | Из них число пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST | |
| **4** | **Данные по ангиографии (заполняют только ЧКВ-центры)** | |
| 4.1 | **Общее количество пациентов, которым выполнены ангиографические исследования по журналу эндоваскулярного отделения, из них** | |
| 4.1.1 | Число пациентов, которым выполнена коронарография, из них по поводу: | |
| 4.1.1.1 | ОКС | |
| 4.1.1.2 | Стабильных форм ИБС | |
| 4.1.1.3 | Диагностических (не входящих в стабильные формы ИБС, например: диагноз не установлен) | |
| **4.2.** | **Число ангиографических исследований в среднем за сутки (общее число исследований/кол-во дней отчетного периода)** | |
| **4.3** | **Данные о рентгенэндоваскулярных вмешательствах при ОКС** | |
| 4.3.1 | Общее количество пациентов, подвергнутых рентгенэндоваскулярным лечебным вмешательствам (ЧКВ) при ОКС | |
| 4.3.1.1 | В том числе подвергнутых только баллонной ангиопластике, из них | |
| 4.3.1.1.1 | По поводу ОКС с подъемом сегмента ST | |
| 4.3.1.1.2 | По поводу ОКС без подъема ST | |
| 4.3.1.2 | В том числе подвергнутых стентированию коронарных артерий (4.2.1 + 4.2.2) | |

| | | |
|---|---|---|
| 4.3.1.2.1 | По поводу ОКС с подъемом сегмента ST | |
| 4.3.1.2.2 | По поводу ОКС без подъема ST | |
| **4.4** | **Установлено стентов при ОКС** | |
| 4.4.1 | Из них с лекарственным покрытием | |
| 4.4.2 | Число пациентов, которым установлен 1 стент | |
| 4.4.3 | Число пациентов, которым установлено 2 стента | |
| 4.4.4 | Число пациентов, которым установлено 3 стента | |
| **4.5** | **Число ЧКВ (баллонирование + стентирование) при ОКС с подъемом ST** | |
| 4.5.1 | Из них у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, поступивших в стационар до 12 часов от начала боли | |
| 4.5.1.1 | Среднее время симптом - звонок СМП | |
| 4.5.1.2 | Среднее время звонок СМП – баллон | |
| 4.5.1.3 | Среднее время симптом - баллон для пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, поступивших в стационар до 12 часов от начала боли, которым были выполнены экстренные (первичные) чрескожные коронарные вмешательства | |
| 4.5.1.4 | Число проведенных ЧКВ (баллонирование + стентирование) при ОКС после тромболизиса | |
| 4.6 | **Число проведенных ЧКВ (баллонирование + стентирование) при ОКС без подъема ST, из них** | |
| 4.6.1 | У пациентов высокого риска (GRACE >= 140) | |
| 4.6.2 | У пациентов невысокого риска (GRACE<= 140) | |
| 4.7 | **Общее число ЧКВ (баллонирование + стентирование) при ОКС без тромболизиса** | |
| 4.8 | Количество пациентов, подвергнутых ЧКВ при ОКС, из них: | |
| 4.8.1 | При нестабильной стенокардии | |
| 4.8.2 | При ИМбпST | |
| 4.8.3 | При ИМпST | |
| 4.8.4 | При кардиогенном шоке | |
| 4.9 | **Число пациентов с ОКС, которым по любым причинам чрескожные вмешательства не проводились** | |
| 4.9.1 | Из них при ОКС с подъемом сегмента ST | |
| **5** | **Сведения о выбывших из стационара пациентов с ОКС** | |

| | | |
|---|---|---|
| 5.1 | **Общее число пациентов выбывших (выписанных + умерших) из стационара с ОКС, из них:** | |
| 5.1.1 | ОКС с подъемом сегмента ST | |
| 5.1.2 | ОКС без подъема ST (5.1.2.1 + 5.1.2.2), из них | |
| 5.1.2.1 | У пациентов высокого риска (GRACE >= 140) | |
| 5.1.2.2 | У пациентов невысокого риска (GRACE<= 140) | |
| 5.2 | **Из общего числа выбывших (выписанных + умерших) из стационара с ОКС (п. 5.1.)** | |
| 5.2.1 | С нестабильной стенокардией | |
| 5.2.2 | ОИМ без подъема ST | |
| 5.2.3 | ОИМ с подъемом сегмента ST | |
| 5.2.4 | С острым ИМ | |
| 5.2.5 | С повторным ИМ | |
| 5.3 | **Число выбывших (выписано + умерло) пациентов, перенесших ОКС, осложненный кардиогенным шоком, из них** | |
| 5.3.1 | При ОКС подъемом сегмента ST | |
| 5.3.2 | При ОКС без подъема сегмента ST | |
| 5.4 | **Число пациентов, переведенных в реабилитационные отделения или другие стационары для долечивания после чрескожных вмешательств** | |
| **6** | **Сведения об умерших от ОКС** | |
| 6.1 | **Общее количество умерших от ОКС (мкб-10: I21; I22; I24) за время госпитализации** | |
| 6.1.1 | Число умерших пациентов с ОКС подъемом сегмента ST, из них | |
| 6.1.1.1 | Трудоспособного возраста | |
| 6.1.1.2 | Старше трудоспособного возраста | |
| 6.1.1.3 | В том числе, которым выполнен тромболизис (на догоспитальном и госпитальном этапах) | |
| 6.1.1.3.1 | Из них которым выполнен тромболизис на догоспитальном этапе | |
| 6.1.1.4 | С кардиогенным шоком | |
| 6.1.2 | Число умерших при ОКС без подъема ST, из них | |
| 6.1.2.1 | Трудоспособного возраста | |
| 6.1.2.2 | Старше трудоспособного возраста | |

| | | |
|---|---|---|
| 6.1.2.3 | С высоким риском осложнений (GRACE >= 140), | |
| 6.1.2.4 | С невысоким риском осложнений (GRACE<= 140) | |
| 6.1.2.5 | С кардиогенным шоком | |
| 6.1.3 | Всего умерших при кардиогенном шоке | |
| 6.2 | **Общее число умерших от инфаркта миокарда** | |
| 6.2.1 | Из них умерших от ИМ в трудоспособном возрасте | |
| 6.2.2 | Из них умерших от ИМ старше трудоспособного возраста | |
| 6.2.3 | Из них (п. 6.2) умерших в первые сутки поступления в стационар | |
| **6.3** | **Всего умерших от других острых форм ИБС (I24)** | |
| 6.3.1 | Из них умерших в трудоспособном возрасте | |
| 6.3.2 | Из них умерших старше трудоспособного возраста | |
| 6.3.3 | Из них (п. 6.3) умерших в первые сутки поступления в стационар | |
| **6.4** | **Сведения об умерших пациентах после проведения ангиопластики** | |
| 6.4.1 | Общее число умерших пациентов с ОКС в стационаре, которым была выполнена ангиопластика коронарных артерий | |
| 6.4.1.1 | Из них при ОКС, осложненном кардиогенным шоком | |
| 6.4.2 | Общее число умерших пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, которым выполнялись чрескожные коронарные вмешательства | |
| 6.4.2.1 | Число умерших пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, которым выполнялись экстренные (первичные) чрескожные коронарные вмешательства, из них | |
| 6.4.2.2 | У поступивших в стационар до 12 часов от начала боли | |
| 6.4.3 | Число умерших пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, которым выполнялись чрескожные коронарные вмешательства в течение 24 часов от момента введения тромболитического препарата | |
| 6.4.4 | Число умерших пациентов с ОКС без подъема сегмента ST, из них | |
| 6.4.4.1 | С высоким риском (GRACE >= 140) | |
| 6.4.4.2 | С невысоким риском (GRACE <= 140) | |
| 6.4.5 | Число умерших пациентов, которым не проводились чрескожные вмешательства | |
| 6.4.5.1 | При инфаркте миокарда | |
| 6.4.5.1.1 | С подъемом сегмента ST | |
| 6.4.5.1.2 | Без подъема ST | |

| | | |
|---|---|---|
| 6.4.5.2 | При нестабильной стенокардии | |
| **7** | **Летальность по учреждению при ОКС, %** | |
| 7.1 | Летальность при ИМ, % | |
| 7.1.1 | Летальность при ИМ с подъемом ST, % | |
| 7.1.2 | Летальность при ИМ без подъема ST, % | |
| 7.2 | Летальность при других острых формах ИБС, % | |
| **8** | **Число произведенных вскрытий** | |
| 8.1 | При ИМ с подъемом сегмента ST | |
| 8.2 | При ИМ без подъема сегмента ST | |
| 8.3 | При нестабильной стенокардии | |
| 9 | Число расхождений диагнозов | |
| 9.1 | Число патолого-анатомических вскрытий пациентов, умерших от ОКС в первые сутки поступления в стационар | |
| 9.1.1 | Из них: число расхождений диагнозов | |

Приложение 13 к приказу
Департамента здравоохранения Ивановской области
от 25.01.2022 № 20

**Форма ежемесячного отчета главного внештатного специалиста кардиолога Ивановской области по маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом за _____20___ г.**

| | Критерии | Кол-во |
|---|---|---|
| 1 | Количество пациентов, госпитализированных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST | |
| 1.1 | В стационары с возможностью проведения чрескожного вмешательства | |
| 1.2 | В стационары без возможности проведения чрескожного вмешательства | |
| 2 | У пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, поступивших в стационар до 12 часов от начала боли | |
| 2.1 | Среднее время симптом - звонок СМП | |
| 2.2 | Среднее время звонок СМП - баллон | |
| 2.3 | Среднее время симптом - баллон для пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, поступивших в стационар до 12 часов от начала боли, которым были выполнены экстренные (первичные) чрескожные коронарные вмешательства | |
| 3 | Количество выполненных экстренных чрескожных вмешательств | |
| 3.1 | Общее при с ИМ с подъемом сегмента ST | |
| 3.2 | Среди пациентов, поступивших в первые 12 часов от начала заболевания | |
| 4 | Количество пациентов, которым была проведена тромболитическая терапия | |
| 4.1 | На догоспитальном этапе | |
| 4.2 | На стационарном этапе | |
| 5 | Госпитальная летальность при ИМ | |
| 5.1 | В стационарах с возможностью проведения чрескожных вмешательств | |
| 5.1.1 | При ИМ с подъемом сегмента ST | |

| | | |
|---|---|---|
| 5.2 | Летальность в первые сутки | |
| 5.2.1 | В стационарах без возможности проведения чрескожных вмешательств | |
| 5.2.2 | При ИМ с подъемом сегмента ST | |
| | Летальность в первые сутки: | |
| 6 | Анализ по отдельным стационарам | |
| 6.1 | По стационарам с возможностью проведения чрескожного вмешательства | |
| 6.2 | Количество пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST | |
| 6.3 | Количество выполненных экстренных вмешательств общее | |
| 6.4 | В течение первых 12 часов | |
| 6.5 | По стационарам без возможности проведения чрескожного вмешательства | |
| 6.6 | Количество пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST | |
| 6.7 | Количество пациентов, переведенных в стационары с возможностью проведения чрескожных вмешательств в течение первых 24 часов | |