



УКРАЇНА  
ДОНЕЦЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ  
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
НАКАЗ

19.01.2018

м. Краматорськ

№ 117

Про організацію надання медичної  
допомоги хворим  
з гострим коронарним синдромом  
з елевацією сегменту ST

На виконання наказу Міністерства охорони здоров'я України від 03.07.2006 № 436 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія», з метою удосконалення надання високоспеціалізованої медичної допомоги за напрямком «Боротьба із серцево-судинними та судинно-мозковими захворюваннями»

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити:
  - 1.1. Алгоритм надання медичної допомоги хворим з гострим коронарним синдромом з елевацією сегменту ST.
  - 1.2. Клінічний протокол надання екстреної медичної допомоги хворим з гострим коронарним синдромом на догоспітальному та госпітальному етапах.
  - 1.3. Етапний протокол хворого з гострим коронарним синдромом.
  - 1.4. Алгоритм оцінки якості надання медичної допомоги хворим з гострим коронарним синдромом на догоспітальному етапі.
  - 1.5. Алгоритм проведення тромболітичної терапії при гострому коронарному синдромі з елевацією сегмента ST.
  - 1.6. Порядок госпіталізації хворих з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST до відділення кардіо та рентгеноваскулярної хірургії.
2. Головному лікарю КЛПУ «Міський онкологічний диспансер м. Краматорськ» Птиці О.Г. забезпечити:
  - 2.1. Цілодобовий прийом до відділення кардіо та ревааскулярної хірургії (далі-КРВХ) та якісне надання високоспеціалізованої медичної допомоги хворим з гострим коронарним синдромом (далі – ГКС) з 05.02.2018.
  - 2.2. Відділення КРВХ тромболітичними та антикоагулянтними лікарськими засобами.

## 2.

2.3. Збір та узагальнення статистичних звітів щодо надання високоспеціалізованої медичної допомоги хворим на ГКС з подальшим наданням звіту до департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації.

2.4. Взаємодію з КЛПУ «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицині катастроф» (далі - КЛПУ «ОЦЕМД та МК») щодо комунікаційного зв'язку фахівців підпорядкованого закладу зі станціями швидкої медичної допомоги.

3. Директору КЛПУ «ОЦЕМД та МК» Кияшку І.А. забезпечити:

3.1. Впровадження в відокремлених підрозділах КЛПУ «ОЦЕМД та МК» алгоритмів, затверджених цим наказом.

3.2. Розроблення та впровадження в діяльність відокремлених структурних підрозділів КЛПУ «ОЦЕМД та МК» локальних протоколів надання медичної допомоги хворим з ГКС з визначенням маршрутів руху пацієнтів.

3.3. Цілодобове транспортування хворих до 75 років з ГКС з елевацією сегменту ST до КРВХ КЛПУ «Міський онкологічний диспансер м. Краматорськ» в термін до 12 годин від початку больового синдрому з обов'язковим заповненням етапного протоколу хворого з ГКС та дотриманням вимог, викладених у Порядку госпіталізації хворих з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST в відділення КРВХ, затвердженого цим наказом, з 05.02.2018.

3.4. В разі неможливості транспортування хворого до КРВХ, у термін до 120 хвилин після першого медичного контакту, забезпечити виконання алгоритму надання медичної допомоги хворих з ГКС з елевацією сегменту ST методом тромболітичної терапії з введенням болюсу тромболітику (металізе) у перші 10 хвилин від встановлення вищезазначеного діагнозу із подальшим транспортуванням до КРВХ відповідно до Порядку госпіталізації хворих з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST в відділення КРВХ, затвердженого цим наказом.

3.5. Бригади екстреної медичної допомоги КЛПУ «ОЦЕМД та МК» тромболітичними та антикоагулянтними лікарськими засобами.

3.6. Транспортування хворих, які отримали лікування в КРВХ КЛПУ «Міський онкологічний диспансер м. Краматорськ» до відділень II рівня надання кардіологічної допомоги для подальшого лікування (за заявкою завідуючого КРВХ).

3.7. Контроль за якістю надання екстреної медичної допомоги хворим з ГКС, з урахуванням вимог, зазначених в Алгоритмі оцінки якості надання допомоги хворим з гострим коронарним синдромом на догоспітальному етапі, затвердженому цим наказом.

4. Начальникам управлінь/відділів охорони здоров'я міських рад/райдержадміністрацій, головним лікарям закладів охорони області:

4.1. Розробити і впровадити локальні протоколи надання медичної допомоги хворим з ГКС з визначенням маршрутів пацієнта.

3.

4.2. Налагодити взаємодію з КЛПУ «ОЦЕМД та МК» та КЛПУ «Міський онкологічний диспансер м. Краматорськ» щодо транспортування хворих, яким проведено стентування до відділень II рівня надання медичної допомоги для подальшого лікування.

4.3. Забезпечити проведення моніторингу роботи з наданням медичної допомоги хворим з ГКС згідно алгоритмів оцінки якості, визначених Алгоритмом оцінки якості надання допомоги хворим з ГКС, затвердженого цим наказом.

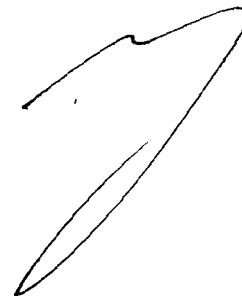
4.4. Продовжити лікування та реабілітацію хворих з ГКС після проведення чрезкожного коронарного втручання в умовах кардіологічних або терапевтичних відділень за місцем проживання в термін 3-5 днів, незалежно від наявності ускладнень основного захворювання або декомпенсації супутньої патології

5. Визнати таким, що втратив чинність наказ департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації від 13.06.2017 № 358 «Про організацію надання медичної допомоги хворим з гострим коронарним синдромом».

6. Головному позаштатному кардіологу департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації (Гетьман), забезпечити постійний контроль за наданням медичної допомоги хворим з ГКС.

7. Координацію дій щодо виконання цього наказу покласти на начальника відділу лікувально - профілактичної допомоги дорослому населенню управління організації та розвитку медичної допомоги населенню департаменту охорони здоров'я Ватуліну Я.А., контроль - на заступника директора департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації Колесника В.В.

Директор департаменту  
охорони здоров'я облдержадміністрації



Ю.Г. Узун

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ департаменту охорони  
здоров'я облдержадміністрації  
від 29.01.2014 № 117

**Алгоритм надання медичної допомоги хворим  
з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST**

Встановлення діагнозу ГКС з елевацією сегмента ST:

Оцінка часу від початку ангінозного статусу до першого контакту з медичним працівником для визначення тактики:

1. Якщо час від початку болю до першого контакту з медичним працівником менше, ніж 12 годин – показане проведення реперфузійної терапії. У випадку, коли у хворого є ознака ішемії (з відображенням на ЕКГ) та біль, ЧКВ може бути доцільним протягом 12-24 години.

2. Якщо час від початку болю до першого контакту з медичним працівником більше, ніж 12 годин – госпіталізація до кардіологічного відділення за місцем проживання, ЧКВ може проводитись у пізніші терміни.

3. Пацієнтам з кардіогенним шоком показана ургентна коронарографія.

Питання щодо госпіталізації хворого до відділення кардіо та рентгенваскулярної хірургії КЛПУ «Міський онкологічний диспансер м. Краматорськ» вирішують за телефонами: +38(050)653-30-71; +38(066)828-15-35

**Інформацію, яку повинен надати медичний працівник, який діагностував гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST, що потребує проведення ЧКВ:**

1. Стать.
2. Вік.
3. Час від початку болю до першого контакту з медичним працівником.
4. Локалізація інфаркту міокарда (ЕКГ відведення із змінами)
5. Об'єктивний статус із зазначенням основних фізикальних параметрів (ЧСС, Ps, АТ), наявність аритмії.
6. Супутня патологія (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, гостре порушення мозкового кровообігу, хронічна ниркова недостатність, анемія, алергічна реакція, зокрема на йод та інші).
7. Згода хворого на проведення ЧКВ.
8. Надана медична допомога.
9. Орієнтований час доставки хворого до відділення КРВХ КЛПУ «Міський онкологічний диспансер м. Краматорськ» не більше 120 хвилин.

Заступник директора департаменту  
охорони здоров'я облдержадміністрації



В.В. Колесник

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ департаменту охорони  
здоров'я облдержадміністрації  
від 29.01.2014 № 117

**Клінічний протокол надання екстреної медичної допомоги  
хворим з гострим коронарним синдромом  
на догоспітальному та госпітальному етапах.**

**Догоспітальний етап.**

При госпіталізації хворого в термін до 120 хвилин від початку больового синдрому до відділення КРВХ КЛПУ «Міський онкологічний диспансер м. Краматорськ» показано проведення ЧКВ. Надання медичної допомоги хворому медичними працівниками повинно включати обов'язкове призначення: нітрогліцерин під язик або в аерозолі, аспірин 150-325 мг per os, клопідогрель 600 мг per os пацієнтам віком до 75 років та 300 мг – віком більше 75 років, аторвастатин 80 мг або розувастатин 40 мг per os, за відсутності протипоказань бета-адреноблокатор короткої дії (анаприлін 20 мг або метапролол 25 мг), ІАПФ при підвищенні тиску (бажано каптоприл) з указівкою часу введення препаратів. Для цієї групи хворих, в окремих випадках, коли транспортування для проведення ЧКВ не можливо (погодні умови, категорична відмова пацієнта тощо) припускається, у термін до 2 годин від початку больового синдрому, проведення пацієнту догоспітального тромболізісу.

При неможливості госпіталізації хворого в термін до 120 хвилин до відділення КРВХ КЛПУ «Міський онкологічний диспансер м. Краматорськ», показане проведення догоспітального тромболізісу (далі - ТЛТ) препаратом тенектеплаза або госпіталізація до стаціонару за місцем проживання для проведення госпітальної ТЛТ (при відсутності протипоказань).

Надання медичної допомоги хворому при проведенні ТЛТ повинно включати обов'язкове призначення: нітрогліцерин під язик або в аерозолі, аспірин 150-325 мг per os, клопідогрель 300 мг per os, статини (аторвастатин 80 мг або розувастатин 40 мг per os), нефракціонований гепарин з розрахунку 60 ОД/кг маси, але не більше 5000 ОД в/в болісно, еноксапарин в/в болісно 30 мг з наступним введенням дози 1 мг/кг маси тіла підшкірно через 15 хвилин (при проведенні тромболізісу альтеплазою (актилізе)), або фондапаринукс 2,5 мг в/в болісно (при проведенні тромболізісу стрептокіназою), за відсутністю протипоказань – бета-адреноблокатор короткої дії (анаприлін, метапролол), ІАПФ (каптоприл) з указівкою часу введення препаратів.

При перевищенні часу від початку больового синдрому до госпіталізації більше 12 годин хворий госпіталізуються до кардіологічного відділення за місцем проживання з наданням обов'язкової медичної допомоги згідно з протоколом ведення пацієнтів з ГКС з елевацією сегменту ST: обов'язково призначається: нітрати, аспірин 150-325 мг per os, клопідогрель 300 мг per os, статини (аторвастатин 80 мг або розувастатин 40 мг per os), еноксапарин 0,5 мг/кг в/в болісно з наступним введенням дози 1 мг/кг маси тіла підшкірно, за

відсутністю протипоказань-бета-адреної дії, ІАПФ короткої дії з указівкою часу введення препаратів.

Орієнтовний час від першого контакту з медичним працівником до проведення ЕКГ та постановки діагнозу повинен становити менше ніж 10 хвилин, загальний час від виклику – менше ніж 20 хвилин.

Під час під'їзду до відділення КРВХ КЛПУ «Міський онкологічний диспансер м. Краматорськ», орієнтовано за 15 хвилин, зробити повторний дзвінок для організації зустрічі бригади кардіологом.

При госпіталізації хворого з ГКС необхідно заповнити етапний протокол (додається).

### **Госпітальний етап.**

В стаціонарі продовжити або призначити прийом препаратів за відсутності протипоказань (якщо їх не було отримано на до госпітальному етапі): аспірин, тикагрелор або клопідогрель, бета-блокатори, статини (80 мг аторвастатину, 40 мг розувастатину), інгібітори АПФ (або сартани при неприйнятті інгібітора АПФ), еплеренон (при зниженні фракції викиду) або спіронолактон, фондапаринукс або еноксапарин.

Тривалість терапії фондапаринуксом або еноксапарином повинна становити 7-8 днів при консервативному лікуванні; при проведеній реваскуляризації – залежно від залишкового тромботичного ризику (1 доба при низькому тромботичному ризику, та 7- 8 днів – при високому ризику).

Після виписки зі стаціонару з обов'язковим проведенням проби з фізичним навантаженням у разі виявлення ознак ішемії усі пацієнти повинні бути направлені на планову коронарографію у строки від 21 доби до 1 місяця від дати інфаркту.

Для лікування хворого на догоспітальному та госпітальному етапах потрібно:

1. Для купірування больового нападу при ГКС використовувати наркотичні анальгетики (морфін) або інші наркотичні анальгетики за відсутністю морфіну.

2. Забороняється введення ненаркотичних анальгетиків: анальгіну, нестероїдних протизапальних препаратів.

3. Не рекомендовано застосування ГКС, магnezії, лідокаїну, кортикостероїдів.

4. Використання нітратів краще внутрішньовенно для контролю нападів стенокардії та темпу зниження АТ.

Заступник директора департаменту  
охорони здоров'я облдержадміністрації

 В.В. Колесник

ЗАТВЕРДЖЕНО


Наказ департаменту охорони  
здоров'я облдержадміністрації

від 19.01.2018 № 117

**Етапний протокол хворого з гострим коронарним синдромом**

1. П.І.Б \_\_\_\_\_  
2. Вік \_\_\_\_\_  
3. Адреса \_\_\_\_\_  
4. Стать (обвести) \_\_\_\_\_ ч \_\_\_\_\_ ж \_\_\_\_\_  
5. Діагноз бригади екстреної медичної допомоги  
(ШД) \_\_\_\_\_  
6. Дата і час виникнення болю \_\_\_\_\_  
7. Час виклику ШД \_\_\_\_\_  
-біль – виклик \_\_\_\_\_  
-біль ШД \_\_\_\_\_  
-біль-ЕКГ \_\_\_\_\_  
-біль-госпіталізація \_\_\_\_\_  
--біль-тромболізіс \_\_\_\_\_  
(заповнює працівник, який проводить тромболізіс, із зазначенням виду  
тромболізісу) \_\_\_\_\_  
-біль-балон \_\_\_\_\_  
(для хворих які госпіталізуються в СД міську  
лікарню) \_\_\_\_\_  
8. Допомога ШД. Час введення  
Морфін \_\_\_\_\_ мг, тікагрелор \_\_\_\_\_ мг, клопідогрель \_\_\_\_\_ мг,  
Гепарин \_\_\_\_\_ мг, еноксапарин \_\_\_\_\_ мг, фондапаринукс \_\_\_\_\_ мг,  
Аторвастатин \_\_\_\_\_ мг, розувастатин \_\_\_\_\_ мг,  
Бета-блокатор \_\_\_\_\_ мг, аспірин \_\_\_\_\_ мг.  
9. Діагноз при госпіталізації \_\_\_\_\_  
10. Дата виписки та діагноз при виписці \_\_\_\_\_  
Лікар \_\_\_\_\_ підпис \_\_\_\_\_ ПІБ \_\_\_\_\_

Заступник директора департаменту  
охорони здоров'я облдержадміністрації

  
В.В. Колесник

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ департаменту охорони  
здоров'я облдержадміністрації  
від 29.01.2018 № 117


**Алгоритм оцінки якості надання допомоги хворим з гострим  
коронарним синдромом на догоспітальному етапі.**

1. Встановлення правильного діагнозу ГКС із зазначенням типу (1 бал).
2. Адекватне и повне купірування болі у хворого (використання наркотичних анальгетиків, переважно морфін, відсутність анальгіну, НПЗЗ (1 бал).
3. Використання на догоспітальному етапі подвійної антитромбоцитарної терапії (аспірин, клопідогрель, тікагрелор) в адекватних дозах, враховуючи вік і тактику ведення хворого (1 бал).
4. Використання антикоагулянтної терапії (НФГ, еноксапарин, фонданаринукс в адекватних дозах) (1 бал).
5. Використання статинів (аторвастатин, розувастатин) (1 бал).
6. Використання бета-блокаторів (за відсутності протипоказань) (1 бал).
7. Часові інтервали (час на виклик 15-20 хв., час до зняття ЕКГ 10 хв., час від ПМК до госпіталізації враховуючи територіальні особливості (1 бал).  
Максимальна сума 7 балів.

**Госпітальний етап.**

1. Діагноз ГКС з елевацією і без елевації сегмента ST (1 бал).
2. Тропоніновий тест при ГКС без елевації сегмента ST (1 бал).
3. Використання наркотичних анальгетиків (переважно морфін) і відсутність НПЗЗ і ненаркотичних анальгетиків (1 бал).
4. Провідна антитромбоцитарна терапія при відсутності протипоказань. (Аспірин +клопідогрель або тікагрелор в адекватних дозах) (1 бал).
5. Антикоагулянтна терапія протягом 8 днів при відсутності протипоказань (фондапаринус, еноксапарин) (1 бал).
6. Використання статинів (1 бал).
7. Інгібітори АПФ при відсутності протипоказань (1 бал).
8. Бета-блокатори при відсутності протипоказань (1 бал).
9. Еплерогепарин.
10. Блокатори протонної помпи (пантопразол, рабепразол) (1 бал).
11. Активація пацієнта з інфарктом міокарда (1 бал).
12. Проведення проби навантаження перед випискою з визначенням групи ризику (1 бал).
13. Рекомендації при виписці з постійним застосуванням вище вказаних препаратів і напрямом до кардіохірурга (1 бал).  
Максимальна сума 12 балів.

Заступник директора департаменту  
охорони здоров'я облдержадміністрації

  
В.В. Колесник



ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ департаменту охорони  
здоров'я облдержадміністрації  
від 29.01.2018 № 117

**Алгоритм проведення тромболітичної терапії  
при гострому коронарному синдромі з елевацією сегмента ST**

**Показання для проведення ТЛТ:**

- Тривалий (понад 20 хвилин) ангінозний приступ в перші 12 годин від його розвитку;
- Підйом сегмента ST на 0,1 мВ і більше в двох суміжних стандартних відведеннях та/або 0,2 мВ в двох суміжних прекардіальних відведеннях;
- Повна блокада лівої ніжки пучка Гіса, що вперше виникла при наявності больового синдрому.

**Противопоказання абсолютні:**

- Перенесений інсульт менше 6 місяців тому;
- Нещодавня (до 3 тижнів) черепно-мозкова травма, хірургічне втручання;
- Шлункова-кишкова кровотеча менше 1 місяця тому;
- Відомі порушення згортання крові;
- Розшаровуючи аневризма аорти;
- Рефрактерна артеріальна гіпертензія ( систолічний тиск вище 200 мм рт.ст., діагностичний – вище 110 мм рт.ст.);
- Для стрептокінази повторне її введення строком від 5 діб до 6 місяців після попереднього використання.

**Противопоказання відносні:**

- Транзиторні порушення мозкового кровообігу менше 6 місяців тому; терапія непрямими антикоагулянтами;
- Вагітність;
- Пункція судин великого діаметру в місці. Недоступному для компресії;
- Травматична реанімація;
- Нещодавня лазеротерапія патології сітківки очного дня.

- Схема застосування стрептокінази:

Болюсне введення 5.000 ОД гепарину з подальшою внутрішньовенною інфузією 1,5 млн ОД стрептокінази в 100 мл фізіологічного розчину протягом 30-60 хвилин. Відновлення введення гепарину через 4 години після закінчення інфузії стрептокінази.

- Схема введення альтеплази – прискорений режим:

Болюсне введення 5.000 ОД гепарину, потім болюсне 15 мг препарату з наступною інфузією 0,75 мг/кг протягом 30 хвилин ( не більше 50 мг) та 0,5мг/кг до 35 мг дози, яка залишилась (загальна доза 1000мг) протягом наступних 60 хвилин на фоні паралельної інфузії гепарину, яка не закінчується і після введення.

- Схема болюсного введення тканинного активатора плазміногену (тенектеплази):

Препарат призначається внутрішньовенно болісно протягом 10 секунд з розрахуванням дози препарату за вагою пацієнта.

- Гепаринотерапія:

Не фракціонований гепарин внутрішньовенний болюс 60 ОД/кг маси тіла (максимальна доза 4000 ОД) з наступною в/в інфузією в дозі 12 ОД/кг/годину (максимальна доза 1000 ОД/ годину) протягом 24-48 годин. Контроль АЧТЧ обов'язковий через 3, 6, 12 та 24 години (АЧТЧ =50-70 сек. Або в 2,0-2,5 рази вище початкового). Проведення гепаринотерапії протягом 48 годин.

Енаксапарин для пацієнтів молодше 75 років з рівнем креатиніну  $< 221$  ммоль/л (чоловіки) та  $< 177$  ммоль/л ( жінки): в/в болюс 30 мг з наступним через 15 хвилин підшкірним введенням дози 1 мг/кг маси тіла хворого кожні 12 годин) Доза перших двох підшкірних введень еноксапарина не повинна перевищувати 100 мг. Для пацієнтів старших за 75 років та з проявами ХНН в/в болюсне введення не проводиться, терапія еноксапарином починається з підшкірного введення дози 0,75 мг/кг маси тіла, максимальна доза для двох перших введень складає 75 мг. При кліренсі креатиніну на менше 30мл/хв.. у відповідності з віком пацієнта періодичність підшкірних введень складає 24 години.

Фондапаринукс 2,5 мг в/в болісно з наступним підшкірним введенням в дозі 2,5 мг 1 раз на добу від 2 до 8 днів ( або до виписки). Препарат не може бути введенний. Якщо у пацієнта рівень ШКФ  $< 30$  мл/хв.. креатиніну  $< 3$  мг/мл або 365 ммоль/л.

Заступник директора департаменту  
охорони здоров'я облдержадміністрації



В.В. Колесник

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ департаменту охорони  
здоров'я облдержадміністрації

від 19.01.2016 № 117

## **Порядок госпіталізації хворих з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST в відділення кардіо та рентгеноваскулярної хірургії**

Скорочення часу надання невідкладної допомоги хворим з ГКС має рішуче значення, так як найбільш критичним періодом гострого інфаркту міокарду являється його початкова стадія. Крім того, час має велике значення для ефективності реперфузійної терапії.

### **Організація медичної допомоги на догоспітальному етапі**

#### **1. Постановка діагнозу.**

Діагноз інфаркта міокарда потрібно виставити в короткий час (впродовж 10 хвилин від контакту з медичним працівником) на основі анамнезу, ангінозного статусу >20 хв. та змінами ЕКГ (елевація сегмента ST або гостровиникша ПБЛНПГ). Контроль ЕКГ повинен бути у всіх пацієнтів з підозрою на гострий інфаркт міокарду з елевацією сегмента ST для діагностики життєво загрозливих аритмій. При першому контакті з медичним робітником слід записати та інтерпретувати ЕКГ у 12 відведеннях. Якщо ЕКГ не підтверджує клінічну картину захворювання, слід зареєструвати ЕКГ у динаміці та при можливості зрівняти з попереднім ЕКГ. В окремих випадках слід зареєструвати ЕКГ по НЕБУ, в відділеннях V 7, V 8, V 9, по Слапаку-Портіллє. В гострій фазі інфаркту міокарду необхідно визначення біомаркерів пошкодження міокарду. Тропонін (T1) є біомаркером вибором у зв'язку з його високою чутливістю та специфічністю до некрозу міокарду.

#### **2. Транспортування хворого:**

У положенні лежачі з піднятою головою, забезпечити венозний доступ. При сатурації менше ніж 95% проводити оксигенотерапію (інгаляція зі швидкістю 3-5 л/хв.).

#### **3. Вибір стратегії реперфузії.**

Первинне коронарне втручання є привалюючою стратегією реперфузії при умові, що таке втручання можливо провести оперативно.

#### **4. Дії медичного персоналу:**

- оцінити час від початку ангінозного статусу до першого контакту з медичним працівником (час реєстрації ЕКГ).

4.1. Якщо час від початку больового синдрому до передбачуваної госпіталізації у відділення КРВХ до 12 годин показане проведення ЧКВ.

4.2. Якщо від початку больового синдрому до передбачуваної госпіталізації в відділення КРВХ минуло більше 12 годин, показана госпіталізація в кардіологічне відділення за місцем проживання, проведення фібринолітичної терапії з послідуочим оцінюванням її ефективності через 3 години. При наявності ознак тривалої ішемії та змін на ЕКГ проводити

консультування з завідуючим відділенням КРВХ (Глушко Ю.М.) на предмет доцільності проведення ургентного ЧКВ у розширені терміни. Час від успішного проведення тромболізісу до ангиографії повинен становити 3- 24 годин.

Повідомити:

Завідувача відділенням КРВХ Глушко Ю.М. +38(050)653-30-71

Черговий лікар +38(066)828-15-35

3. Інформацію, яку повинен мати медичний працівник, який діагностував гострий синдром з елевацією сегмента ST:

1. Стать.
2. Вік.
3. Час від початку болю до першого контакту з медичним працівником.
4. Локалізація інфаркту міокарду (ЕКГ відведення елевації сегмента ST).
5. Об'єктивний статус: ЧСС, Ps, АТ, наявність аритмії.
6. Супутня патологія (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, гостре порушення мозкового кровообігу, хронічна ниркова недостатність, анемія, алергічні реакції).

7. Згода хворого на проведення ПКВ.

8. Орієнтований час доставки хворого до Краматорського відділення КРВХ.

Питання що до госпіталізації хворого до Краматорського відділення кардіо та рентгеноваскулярної хірургії з метою проведення ЧКВ вирішується колегіально під час телефонного зв'язку з зав. відділенням КРВХ.

Для бригад ШМД «100-кілометрової зони» час від першого контакту з медичним працівником Краматорського відділення кардіо та рентгеноваскулярної хірургії не повинен перевищувати 120 хвилин, а загальний час від початку болю до госпіталізації до відділення КРВХ не повинен перевищувати 12 годин.

Транспортування хворого повинно здійснюватися машиною обладнаною: електрокардіографом, дефібрилятором. Медичні працівники повинні володіти навичками серцево-легеневої реанімації.

Інформацію, яку повинен надати медичний працівник ШМД під час госпіталізації хворого:

- Час від початку больового синдрому до першого контакту з медичним працівником:

- Час транспортування;
- Медикаментозна допомога (обов'язково призначити аспірин 150-325 мг per os, тікагрелор 180 мг або клопідогрель 300 мг per os, нітрати та наркотичні анальгетики (морфін) при наявності болю з зазначенням часу введення препаратів.

Заступник директора департаменту  
охорони здоров'я облдержадміністрації

 В.В. Колесник