МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

27.02.2023 № 175-осн

Об утверждении регламента оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом на территории Тульской области

В соответствии с пп. 11 п. 1 ст. 16 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», во исполнение Приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», от 02.03.2021 № 158н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST электрокардиограммы (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)», от 10.06.2021 № 612н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST электрокардиограммы (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)», в целях совершенствования организации оказания неотложной кардиологической помощи пациентам с острым коронарным синдромом (далее – ОКС) в Тульской области, снижения смертности от острых форм ишемической болезни сердца, на основании Положения о министерстве здравоохранения Тульской области, утвержденного постановление правительства Тульской области от 11.12.2012 № 698, п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

1.1. Регламент оказания медицинской помощи пациентам с ОКС (далее – Регламент) (приложение №1).

1.2. Схему маршрутизации в медицинские организации, подведомственные министерству здравоохранения Тульской области, оказывающие специализированную медицинскую помощь взрослому населению с ОКС (приложение № 2).

1.3. Маршрутизацию пациентов с ОКС в случае неисправности ангиографического комплекса (приложение №3).

1.4. Маршрутизацию пациентов после перенесенного инфаркта миокарда на II этап медицинской реабилитации (приложение №4).

1.5. Форму еженедельного отчета по госпитализации пациентов с ОКС для ГУЗ ТО «Территориальный центр медицины катастроф, скорой и неотложной медицинской помощи (приложение №5).

1.6. Форму ежедневного мониторинга догоспитальной тромболитической терапии при ОКС с подъемом сегмента ST для службы скорой медицинской помощи (приложение №6).

1.7. Форму еженедельного мониторинга по госпитализации пациентов с ОКС (приложение №7).

1.8. Форму еженедельного отчета по пациентам с ОКС, выписанным (умершим) из стационаров (приложение №8).

1.9. Форму реестра пациентов с ОКС, выписанных из региональных сосудистых центров (приложение №9).

1.10. Критерии оценки качества медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (далее – ОКСпST) (приложение №10).

1.11. Критерии оценки качества медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (далее – ОКСбпST) (приложение №11).

1.12. Форму ежемесячного отчета главного внештатного специалиста кардиолога департамента здравоохранения министерства здравоохранения Тульской области (приложение №12).

2. Руководителю ГУЗ ТО «Территориальный центр медицины катастроф, скорой и неотложной медицинской помощи» Мухину С.И.:

2.1. Осуществлять медицинскую эвакуацию пациентов с ОКС с подъемом и без подъема сегмента ST и оказание медицинской помощи в соответствии со схемой маршрутизации (приложение №2).

2.2 Организовать на постоянной основе обучение фельдшеров и врачей бригад скорой медицинской помощи и проверку знаний по оказанию медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом.

2.3. Проводить анализ отказов от госпитализации пациентов с подозрением на ОКС в региональные сосудистые центры. Информацию направлять еженедельно в адрес главного внештатного специалиста кардиолога департамента здравоохранения министерства здравоохранения Тульской области Шестовой И.И. на адрес электронной почты Irina.Shestova@tularegion.ru.

2.4. Разбирать все случаи летальных исходов пациентов с ОКС на догоспитальном этапе с последующим представлением материалов главному внештатному специалисту кардиологу департамента здравоохранения министерства здравоохранения Тульской области Шестовой И.И. (1 раз в месяц до 20-го числа следующего за отчетным).

2.5. Обеспечить своевременное заполнение и предоставление отчетных форм, утвержденных настоящим приказом (приложение №5 к приказу).

2.6. Обеспечить ведение ежедневного областного мониторинга догоспитального тромболизиса (приложение №6 к приказу).

3. Руководителям государственных учреждений здравоохранения Тульской области, участвующих в оказании медицинской помощи при остром коронарном синдроме, обеспечить:

3.1. Организацию оказания медицинской помощи больным с ОКС в соответствии с действующими профильными клиническими рекомендациями, порядками и стандартами, а также положениями настоящего приказа.

3.2. Своевременное заполнение и предоставление отчетных форм, утвержденных настоящим приказом в соответствие с приложениями № 7,8,9 к приказу).

4. Руководителям медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Тульской области, на базе которых развернуты РСЦ обеспечить:

4.1. Прием и оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом.

4.2. Своевременное заполнение и предоставление отчетных форм, утвержденных настоящим приказом.

4.3. Проведение консультаций, в том числе с применением телемедицинских технологий со специалистами медицинских организаций зон ответственности в режиме 24/7. При госпитализации пациентов в непрофильные стационары и невозможности перевода в региональный сосудистый центр обеспечить проактивное консультирование пациентов до стабилизации состояния и возможности транспортировки.

4.4. Регулярное обучение персонала в форме тематического усовершенствования по оказанию медицинской помощи при острых сердечно-сосудистых заболеваниях.

4.5. Ведение федерального регистра инфаркта миокарда («Регион ИМ»).

5. Руководителям медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Тульской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь обеспечить:

5.1. Своевременную, в течение 3-х рабочих дней после выписки из региональных сосудистых центров, постановку под диспансерное наблюдение пациентов, перенесших нестабильную стенокардию, инфаркт миокарда.

5.2. Организацию диспансерного наблюдения в соответствии с

Порядком организации диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденного Приказом Минздрава России от 15.03.2022№ 168н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми».

5.3. Организацию своевременного льготного лекарственного обеспечения пациентов в соответствии с приказом Минздрава России от 29.09.2022 №639н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения в целях обеспечения в амбулаторных условиях лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, 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, в течение 2-х лет с даты постановки диагноза и (или) хирургического вмешательства».

5. Главному внештатному специалисту кардиологу департамента здравоохранения министерства здравоохранения Тульской области Шестовой И.И.:

5.1. Обеспечить методическое руководство государственным учреждениям здравоохранения Тульской области по вопросам организации оказания медицинской помощи и логистики пациентов с ОКС с подъемом и без подъема сегмента ST (совместно с главным внештатным специалистом по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению департамента здравоохранения министерства здравоохранения Тульской области).

5.2. Организовать контроль за соблюдением порядка оказания медицинской помощи пациентам с ОКС с подъемом и без подъема сегмента ST.

5.3. Осуществлять постоянный контроль выполнения комплекса мероприятий, направленный на дальнейшее совершенствование организации оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом.

5.4. Вносить предложения по дальнейшему совершенствованию организации оказания помощи пациентам с ОКС.

5.5. Проводить анализ деятельности медицинских организаций на основании отчетов, экспертизы первичной медицинской документации, очного аудита при оказании медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом. Предоставлять ежемесячно отчет в министерство здравоохранения Тульской области по форме в соответствии с приложением №12 к приказу.

6. Признать утратившим силу приказ министерства здравоохранения Тульской области от 25.02.2022 № 194-осн «Об оказании медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом в Тульской области».

7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Тульской области Малишевского М.В.

8. Приказ вступает в силу со дня подписания.

Заместитель председателя Правительства Тульской области - министр здравоохранения Тульской области **Д.С. Марков**

Исп.: Дурнова Е.С.,
тел.: 8-910-586-07-35

Приложение №1
к приказу министерства здравоохранения
Тульской области
от 27.02.2023 №185-осн

Регламент оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (далее – ОКС).

I. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе

1. При обращении пациента за скорой медицинской помощью (далее – СМП) диспетчер определяет повод к вызову и назначает бригаду для экстренного выезда.

2. При подозрении на ОКС бригада скорой медицинской помощи (далее – СМП) снимает ЭКГ в течение первых 10 минут от момента первичного медицинского контакта. Время регистрации и интерпретации ЭКГ считается временем установки диагноза.

3. Врач/фельдшер бригады СМП передает ЭКГ посредством телемедицинских технологий дежурному кардиологу ГУЗ ТО «Территориальный центр медицины катастроф, скорой и неотложной медицинской помощи» (далее – ТЦМК) для оперативной расшифровки, консультации по дальнейшей тактике и маршрутизации пациента. Взаимодействие осуществляется в соответствии с приказом министерства здравоохранения Тульской области от 30.10.2020 № 944-осн «Об утверждении алгоритма оказания специализированной скорой медицинской помощи врачом-консультантом кардиологом дистанционно-консультационного центра по передаче данных электрокардиограмм в Региональные сосудистые центры и Первичные сосудистые отделения государственных учреждений здравоохранения Тульской области» (в редакции приказа от 02.12.2022 № 1548-осн).

4. При постановке диагноза ОКС с подъемом сегмента ST врач/фельдшер бригады СМП информирует медицинскую организацию с возможностью проведения чрескожных коронарных вмешательств (далее – ЧКВ) о транспортировке пациента с ОКС с указанием приблизительного времени поступления. Пациент транспортируется в медицинские организации в соответствии со схемой маршрутизации (приложение №2 к приказу).

5. Бригады скорой медицинской помощи ГУЗ ТО «Территориальный центр медицины катастроф, скорой и неотложной медицинской помощи» информируют дежурных кардиологов Региональных сосудистых центров (далее – РСЦ) о транспортировке пациентов с ОКС по телефонам: ГУЗ ТО

«Тульская областная клиническая больница» - 8-950-917-60-83, ГУЗ «Новомосковская городская клиническая больница» - 8-961-266-21-86, ГУЗ «Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д.Я. Ваныкина» - 8-961-261-02-73.

6. Врач/фельдшер бригады СМП проводит лечение острого коронарного синдрома в соответствии с порядками, стандартами и клиническими рекомендациями по ведению пациентов с ОКС. Ссылка на КР для СМП: https://bagnenko.spb.ru/klinicheskie-rekomendaczii/. В случае сомнительного диагноза ОКС без подъема сегмента ST назначение двойной дезагрегантной терапии может быть отложено до поступления в стационар.

7. В случае если временной интервал от постановки диагноза (ЭКГ) до момента госпитализации пациента с ОКС с подъемом сегмента ST составляет менее 60 минут, пациента необходимо госпитализировать в ближайшую медицинскую организацию, в структуре которой имеется сосудистый центр и отделение рентгенохирургических методов диагностики согласно утвержденной схеме маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом в Тульской области, тромболитическую терапию (далее – ТЛТ) при этом проводить не следует.

8. В случае временного интервала от постановки диагноза (ЭКГ) до прибытия бригады скорой медицинской помощи в РСЦ более 60 минут (для районов – Алексинский, п.г.т. Новогуровский, Арсеньевский, п.г.т. Славный, Белевский, Богородицкий, Воловский, отдаленные населенные пункты Веневского района, Дубенский, Ефремовский, Заокский, Каменский, Кимоский, Киреевский, Куркинский, отдаленные населенные пункты МО г. Новомосковская и МО г. Донской, отдаленные населенные пункты Узловского района, Плавский, Суворовский, Тепло-Огаревский, Чернский, отдаленные населенные пункты Щекинского района, Ясногорский) пациенту с ОКС с подъемом сегмента ST должна быть проведена ТЛТ (с учетом показаний и противопоказаний) с последующей госпитализацией в медицинскую организацию, в структуре которой имеется отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, согласно утвержденной схеме маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом в Тульской области. ТЛТ должна быть начата в максимально короткий срок (не более 10 минут от момента первого медицинского контакта). ТЛТ при отсутствии противопоказаний рекомендована у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST с длительностью симптомов менее 12 часов, у которых ожидается, что первичное чрескожное вмешательство (далее – ЧКВ) не будет выполнено в пределах 120 минут после постановки диагноза.

9. В случае невозможности проведения ЧКВ в течение 120 минут от постановки диагноза (ЭКГ) пациенту с ОКС с подъемом сегмента ST должна

быть проведена тромболитическая терапия (далее – ТЛТ) при наличии показаний и отсутствии противопоказаний с последующей госпитализацией в медицинскую организацию с возможностью проведения ЧКВ (приложение №1 к Регламенту оказания медицинской помощи пациентам с ОКС), согласно утвержденной схемы маршрутизации.

10. ТЛТ должна быть начата в течение первых 10 минут от момента установления диагноза, но не позднее 30 минут с момента первого медицинского контакта.

11. Бригада скорой медицинской помощи заполняет контрольный лист принятия решения о проведении тромболитической терапии (приложение №1 к Регламенту оказания медицинской помощи пациентам с ОКСпST).

12. Медицинская эвакуация в медицинскую организацию с возможностью ЧКВ должна осуществляться сразу после начала тромболитической терапии, не ожидая ее результатов.

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

14. Всем пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST на догоспитальном этапе необходимо провести двойную дезагрегантную терапию:

14.1. Все пациенты с ОКС с подъемом сегмента ST, которые госпитализируются без проведения тромболитической терапии (далее – ТЛТ) получают 300 мг клопидогрела вне зависимости от возраста.

14.2. Пациенты с ОКС с подъемом сегмента ST, которым проводится ТЛТ получают 300 мг клопидогрела в возрасте до 75 лет, в возрасте 75 лет и старше – получают 75 мг клопидогрела.

14.3. Все пациенты с ОКС без подъема сегмента ST получают 300 мг клопидогрела.

14.4. Все пациенты с ОКС получают ацетилсалициловую кислоту в дозировке 150-325 мг.

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

15. При нарушении витальных функций, высоком риске смерти во время медицинской эвакуации пациент госпитализируется в реанимационное отделение ближайшего стационара, минуя приемное отделение.

16. Если при сборе анамнеза работником скорой медицинской помощи у пациента выясняется, что он страдает хронической болезнью почек (далее – ХБП), по поводу которой проводится программный гемодиализ:

16.1. Бригадам скорой медицинской помощи медицинскую эвакуацию

пациентов с ХБП, которые проживают в зоне маршрутизации ГУЗ «Новомосковская городская клиническая больница» и нуждаются в ультрафильтрации или гемодиализе, осуществлять в РСЦ ГУЗ «Новомосковская городская клиническая больница».

16.2. Бригадам скорой медицинской помощи медицинскую эвакуацию пациентов с ХБП, которые маршрутизируются в ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница» и ГУЗ «Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д.Я. Ваныкина» и нуждаются в ультрафильтрации или гемодиализе, осуществлять в РСЦ ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница». Пациентов, закрепленных за РСЦ ГУЗ «Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д.Я. Ваныкина» сразу транспортировать в ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница».

II. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с ОКС на стационарном этапе лечения

1. Госпитализация пациентов с ОКС с подъемом и без подъема сегмента ST осуществляется в соответствии со схемой маршрутизации (приложение №2), в случае неисправности ангиографического комплекса в соответствии с приложением №3 к приказу.

2. Пациенты с подтвержденным ОКС с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST высокого и очень высокого риска транспортируются в рентгеноперационную, минуя приемное отделение. Время от постановки/подтверждения диагноза ОКСпST в ЧКВ-центре до введения проводника в инфаркт-связанную артерию при проведении первичного ЧКВ - менее 60 мин.

3. При транспортировке пациентов с ОКСпST, а также ОКСбпST высокого и очень высокого риска в медицинскую организацию без возможности проведения ЧКВ пациент, минуя приемное отделение, незамедлительно госпитализируется в отделение (палату) реанимации и интенсивной терапии. Задержка времени в приемном отделении должна дополняться обоснованием в истории болезни.

4. Пациентам проводится определение в динамике уровня биохимических маркеров повреждения кардиомиоцитов в крови – исследование сердечного тропонина I или T. При определении использовать количественный метод.

5. В случае коронарного стентирования при остром коронарном синдроме применяются стенты с лекарственным покрытием.

6. При проведении чрескожного коронарного вмешательства используется доступ через лучевую артерию.

7. В случае непрофильной госпитализации нетранспортабельного пациента с ОКС дежурный/лечащий врач медицинской организации проводит консультацию, в том числе с применением телемедицинских технологий, со специалистами РСЦ закрепленной зоны ответственности в течение первого часа с момента госпитализации. Пациент остается на мониторинге врача кардиолога-консультанта РСЦ до стабилизации состояния. Дата, время и результаты консультации должны быть занесены лечащим врачом в протокол консультации и направлены консультируемой стороне в течение 2 часов. При стабилизации состояния незамедлительно осуществляется медицинская эвакуация пациента в РСЦ.

8. Перевод пациентов с ОКС без подъема сегмента ST высокого риска в РСЦ осуществляется в течении 2 - 24 часов от момента первичной госпитализации, согласно утвержденной маршрутизации

9. Решение о необходимости и экстренности проведения КАГ у

пациентов с ОКС без подъема сегмента ST определяется после проведения стратификации риска по шкале GRACE. Критерии рисков неблагоприятного исхода при ОКС без подъема сегмента ST и шкала GRACE представлены в приложении №2 к Регламенту).

10. У пациентов с ОКС без подъема сегмента ST с признаками очень высокого риска неблагоприятного исхода рекомендуется проведение КАГ с реваскуляризацией миокарда в первые 2 часа после госпитализации в стационар.

11. У пациентов с ОКС без подъема сегмента ST с признаками высокого риска неблагоприятного исхода рекомендуется проведение КАГ с реваскуляризацией миокарда в первые 24 часа после госпитализации в стационар.

12. У пациентов с ОКС без подъема сегмента ST с признаками умеренного (промежуточного) риска неблагоприятного исхода рекомендуется проведение КАГ с реваскуляризацией миокарда, которую можно отсрочить до 72 часов после госпитализации в стационар.

13. У пациентов с ОКС без подъема сегмента ST без повторения симптомов ишемии и без критериев очень высокого, высокого и умеренного рисков неблагоприятного исхода для решения вопроса о целесообразности инвазивного лечения и точной оценки риска неблагоприятного течения заболевания рекомендуется выполнить стресс-тест.

14. При выявлении у пациентов с ОКС с подъемом и без подъема сегмента ST показаний к коронарному шунтированию лечащий врач проводит телемедицинскую консультацию со специалистами профильных федеральных центров или НМИЦ.

15. В региональных сосудистых центрах работа ангиографа, клинико-диагностической лаборатории, кабинета УЗ- и функциональной диагностики осуществляется в режиме 24/7/365.

16. В условиях ПРИТ должна начинаться и продолжаться в условиях кардиологического или специализированного реабилитационного отделения (или на амбулаторном этапе) реабилитация пациентов с ОКС. По окончанию стационарного этапа лечения осуществляется перевод пациентов на 2 и 3 этапы реабилитации в соответствии с приложением № 4 к приказу.

17. Лечащий врач осуществляет контроль качества медицинской помощи с применением критериев качества на основе клинических рекомендаций в соответствии с приложениями №10,11 к приказу. Заполненный чек-лист вклеивается в историю болезни.

18. Лечащий врач при выписке пациента из регионального сосудистого центра заблаговременно записывает его на прием к врачу-кардиологу по месту прикрепления для постановки на диспансерный учет в

период не более 3 рабочих дней в соответствии с таблицей №1 раздела III регламента «Порядок диспансерного наблюдения пациентов после перенесенного инфаркта миокарда».

19. Пациенты, перенесшие инфаркт миокарда (коды диагнозов по МКБ-10: I21, I22), нестабильную стенокардию (код по МКБ-10: I20) со стентированием, не имеющие группу инвалидности, при выписке из стационара получают рецепты на 1 месяц по программе «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (на основании приказа Минздрава России от 29.09.2022 № 639н).

20. Руководители региональных сосудистых центров (ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница», ГУЗ «Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д.Я. Ваныкина», ГУЗ «Новомосковская городская клиническая больница») направляют:

20.1. Отчетные формы в адрес главного внештатного специалиста кардиолога департамента здравоохранения министерства здравоохранения Тульской области (на электронную почту Irina.Shestova@tularegion.ru) в соответствии с приложениями №7,8 к приказу.

20.2. Реестр пациентов с ОКС, выписанных из региональных сосудистых центров, в соответствии с приложением №9 к приказу в адрес ГУЗ «Тульский областной клинический кардиологический диспансер» по защищенным каналам связи VipNet (адрес узла VipNet: АП МУЗ Городская больница №13 г.Тулы).

21. Руководители региональных сосудистых центров (ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница», ГУЗ «Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д.Я. Ваныкина», ГУЗ «Новомосковская городская клиническая больница») организуют внутренний контроль качества оказания медицинской помощи пациентам с ОКС с подъемом и без подъема сегмента в соответствии с чек-листами приложений №№ 10,11 к приказу.

III. Порядок диспансерного наблюдения пациентов после перенесенного инфаркта миокарда.

1. Пациенты с установленными диагнозами I20.0, I21, I22 после выписки из стационара в обязательном порядке подлежат диспансерному наблюдению в поликлинике.

2. После выписки из стационара пациенты с установленными диагнозами I20.0, I21, I22 в течение 3-х рабочих должны быть взяты под диспансерное наблюдение.

3. Диспансерное наблюдение пациентов после нестабильной

стенокардии и инфаркта миокарда осуществляет врач-кардиолог в первые 12 месяцев после установки диагноза, по истечению года диспансерное наблюдение осуществляет врач-терапевт.

4. Длительность диспансерного наблюдения – наблюдение пожизненное.

5. Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций) – не реже 2-х раз в год.

6. Диспансерное наблюдение врачом-кардиологом:

6.1. Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения:

6.1.1. Вес.

6.1.2. Окружность талии.

6.1.3. Индекс массы тела.

1.1.4. Артериальное давление.

1.1.5. Частота сердечных сокращений.

1.1.6. Статус курения.

1.2. Необходимые обследования при проведении диспансерного наблюдения:

6.2.1. Клинический анализ крови – проводится не реже 1 раза в год.

6.2.2. Общетерапевтический биохимический анализ крови (с расчетом СКФ) – проводится не реже 1 раза в год (параметры: общий билирубин, прямой билирубин, общий белок, креатинин, мочевина, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий холестерин, глюкоза);

6.2.3. Холестерин липопротеидов низкой плотности – не реже 2-х раз в год;

6.2.4. Международное нормализованное отношение (далее – МНО) – при терапии варфарином, определяется не реже 2-х раз в год;

6.2.5. Электрокардиография – не реже 1-го раза в год;

6.2.6. Эхокардиография – не реже 1-го раза в год;

6.2.7. Рентгенография органов грудной клетки – не реже 1 раз в год;

6.2.8. Нагрузочное тестирование – не реже 1 раза в 2 года, всем пациентам после применения высокотехнологичных методов лечения на коронарных артериях.

7. Диспансерное наблюдение врачом-терапевтом:

7.1. Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения:

7.1.1. Вес.

7.1.2. Окружность талии.

7.1.3. Индекс массы тела.

7.1.4. Артериальное давление.

7.1.5. Частота сердечных сокращений.

7.1.6. Статус курения.

7.2. Необходимые обследования при проведении диспансерного наблюдения:

7.2.1. Клинический анализ крови – проводится не реже 1 раза в год.

7.2.2. Определение скорости клубочковой фильтрации – проводится не реже 1 раза в год;

7.2.3. Холестерин липопротеидов низкой плотности – не реже 2-х раз в год;

7.2.4. МНО – при терапии варфарином, определяется не реже 1-х раз в год;

7.2.5. Электрокардиография – не реже 2-х раз в год;

7.2.6. Эхокардиография – не реже 1-го раза в год;

7.2.7. Нагрузочное тестирование – не реже 1 раза в 2 года, всем пациентам после применения высокотехнологичных методов лечения на коронарных артериях.

8. Пациенты после перенесенного инфаркта миокарда являются приоритетной группой для проактивного приглашения на диспансерное наблюдение.

9. Списки пациентов необходимо формировать ежеквартально с последующим проактивным приглашением на диспансерное наблюдение. Приглашение пациентов на диспансерное наблюдение осуществляет медицинская сестра участковая, колл-центр медицинской организации.

10. По итогам диспансерного приема врач при необходимости проводит коррекцию лечения (в соответствии с клиническими рекомендациями по профилю заболевания), краткое профилактическое консультирование, оценивает необходимость госпитализации (в том числе с целью оказания ВМП), а также при необходимости направляет на реабилитационные мероприятия. Ведется учет граждан, нуждающихся в госпитализации (в том числе с целью оказания ВМП) и результатов оказания данного вида помощи.

11. Перечень государственных учреждений здравоохранения Тульской области, на базе которых осуществляется диспансерное наблюдение пациентов после перенесенной нестабильной стенокардии и инфаркта миокарда (таблица №1).

Таблица №1

№ п/п	Государственное учреждение здравоохранения Тульской области,	Население, прикрепленное к государственным учреждениям

	на базе которого осуществляется диспансерное наблюдение пациентов после нестабильной стенокардии и инфаркта миокарда	здравоохранения Тульской области, для диспансерного наблюдения
1.	ГУЗ «Тульский областной клинический кардиологический диспансер»	Все население г. Тулы и Ленинского района
	ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница»	Население, проживающее в Арсеньевском, Белевском, Дубенском, Заокском, п.г.т. Славный, Одоевском, Плавском, Чернском, Ясногорском районах, население, проживающее в п. Грицово
3.	ГУЗ «Алексинская районная больница №1 имени профессора В.Ф. Снегирева»	Население, прикрепленное к ГУЗ «Алексинская районная больница №1 имени профессора В.Ф. Снегирева»
4.	ГУЗ «Богородицкая центральная районная больница»	Население, прикрепленное к ГУЗ «Богородицкая центральная районная больница»
5.	ГУЗ «Городская больница №11 г. Тулы» (г. Венев)	Население, прикрепленное к ГУЗ «Городская больница №11 г. Тулы» (г. Венев)
6.	ГУЗ «Донская городская больница №1»	Население, прикрепленное к ГУЗ «Донская городская больница №1»
7.	ГУЗ «Ефремовская районная клиническая больница имени А.И. Козлова»	Население, прикрепленное к ГУЗ «Ефремовская районная клиническая больница имени А.И. Козлова»
8.	ГУЗ «Кимовская центральная районная больница»	Население, прикрепленное к ГУЗ «Кимовская центральная районная больница»
9.	ГУЗ ТО «Киреевская центральная районная больница»	Население, прикрепленное к ГУЗ ТО «Киреевская центральная районная больница»
10.	ГУЗ «Куркинская центральная районная больница»	Население, прикрепленное к ГУЗ «Куркинская центральная районная больница»
11.	ГУЗ «Новомосковская городская клиническая больница»	Население, прикрепленное к ГУЗ «Новомосковская городская клиническая больница»
12.	ГУЗ «Суворовская центральная районная больница»	Население, прикрепленное к ГУЗ «Суворовская центральная районная больница»
13.	ГУЗ «Узловская районная больница»	Население, прикрепленное к ГУЗ «Узловская

		районная больница»
14.	ГУЗ «Щекинская районная больница»	Население, прикрепленное к ГУЗ «Щекинская районная больница»

12. Врач осуществляет контроль за достижением у пациента целевых показателей ЧСС, АД, ХС-ЛПНП в соответствии с утвержденными клиническими рекомендациями.

IV. Лекарственное обеспечение пациентов, перенесших нестабильную стенокардию с ангиопластикой и стентированием коронарных артерий, инфаркт миокарда

1. Лекарственное обеспечение пациентов, перенесших инфаркт миокарда (I21, I22) и пациентов, перенесших нестабильную стенокардию (I20.0) с ангиопластикой и стентированием коронарных артерий, которые не имеют группы инвалидности осуществляется в рамках федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (далее – Программа БСК).

2. Строго запрещено выписывать по Программе БСК лекарственные препараты пациентам, имеющим группу инвалидности, вне зависимости от того сохранено право на набор социальных услуг или нет.

3. Перечень лекарственных препаратов, который можно выписывать пациентам по Программе БСК утвержден приказом Минздрава России от 29.09.2022 № 639н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения в целях обеспечения в амбулаторных условиях лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, 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, в течение 2-х лет с даты постановки диагноза и (или) хирургического вмешательства».

4. Перечень лекарственных препаратов содержит 31 наименование (амиодарон, амлодипин, апиксабан, аторвастатин, ацетилсалициловая кислота, ацетозаломид, бисопролол, валсартан+сакубитрил, варфарин, гидрохлоротиазид, дабигатрана этаксилат, дапаглифлозин, дигоксин, ивабрадин, изосорбида мононитрат, индапамид, клопидогрел, лаппоконитина гидробромид, лозартан, метопролол, моксонидин, периндоприл, пропафенон, ривароксабан, симвастатин, соталол, спиронолактон, тикагрелор, фуросемид, эмпаглифлозин, эналаприл).

5. Обеспечение пациентов в рамках программы БСК проводится в

течение 2-х лет с даты установки диагноза или хирургического вмешательства. Контроль за выпиской лекарственных препаратов на амбулаторном этапе осуществляют руководители медицинских организаций.

Схемы назначения лекарственных средств пациентам, перенесшим острый инфаркт миокарда (далее – ОИМ) и/или стентирование коронарных артерий по Программе БСК

№ п/п	Период	Группы препаратов	Комментарии
1	В течение первого года после ОИМ и/или стентирования коронарных артерий	Тикагрелор 90 мг 2 раза в сутки ИЛИ Клопидогрел 75 мг в сутки	При невозможности назначения тикагрелора – назначение клопидогреля При необходимости назначения оральных антикоагулянтов – назначение клопидогреля
		Ацетилсалициловая кислота	В сочетании с тикагрелором или клопидогрелем
		Бета-адреноблокаторы	При отсутствии противопоказаний
		Ингибиторы АПФ ИЛИ Сартаны	
		Статины	Не менее 40 мг аторвастатина, целевой показатель холестерина ЛПНП менее 1,4 ммоль/л или снижения как минимум на 50% от исходных значений ЛПНП, под контролем АсАТ и АлАТ 1 раз в 3 месяца
		Антикоагулянты: Ривароксабан 20 мг или 15 мг в сутки Дабигатран 150 мг или 110 мг 2 раза в сутки Апиксабан 5 мг 2 раза в сутки	При наличии пароксизмальной, персистирующей или постоянной формы фибрилляции предсердий, совместно с клопидогрелем и ацетилсалициловой кислотой
		Антиаритмики	При наличии показаний
		Диуретики	
		Мононитраты	
		Агонисты I1-имидазолиновых рецепторов	
При наличии хронической сердечной недостаточности (далее – ХСН)			
		Ацетазоламид	ХСН с рефрактерностью к терапии петлевыми диуретиками, наличие отечного синдрома (слабой и умеренной выраженности, в сочетании с алкалозом)

		Валсартан + сакубитрил	Симптоматическая сердечная недостаточность (ФК II-IV) и сниженная ФВ ЛЖ, сохраняющиеся симптомы СН, несмотря на оптимальную терапию иАПФ/АРА, бета-адреноблокаторами и альдостерона антагонистами, артериальная гипертензия
		Дапаглифлозин Эмпаглифлозин	ХСНнФВ с сохраняющимися симптомами сердечной недостаточности, несмотря на терапию иАПФ/АРА/валсартан+сакубитрил, бетаадреноблокаторами и антагонистами альдостерона, ХСН с низкой ФВ в сочетании с СД 2 типа. Хроническая болезнь почек с риском ее прогрессирования
		Дигоксин	- ХСН II-IV ФК, со сниженной и промежуточной ФВ ЛЖ с синусовым ритмом и сохраняющимися симптомами СН, несмотря на терапию иАПФ/АРА/ валсартан+сакубитрил, бетаадреноблокаторами и альдостерона антагонистами - ХСН I-III ФК, когда частота сокращений желудочков остается высокой несмотря на применение бета-адреноблокаторов или при невозможности назначения бета-адреноблокаторов для контроля ЧСС. - Фибрилляция предсердий для контроля ЧСС при ЧСС >110 в мин – при ФВ ⩾40% при неэффективности бета-адреноблокаторов или верапамила, при ФВ
		Ивабрадин	ХСН, синусовый ритм, ФВ ⩽ 35%, симптомы ХСН II-IV ФК и уровень ЧСС ⩾ 70 в 1 мин., на подобранной терапии рекомендованными (или максимально переносимыми) дозами бета-адреноблокаторов, иАПФ/АРА/ валсартан+сакубитрил и антагонистов альдостерона Стабильная стенокардия, с синусовым ритмом, ФВ 70 уд/мин при сохранении стенокардии, несмотря на прием бета-адреноблокаторов, иАПФ и антагонистов альдостерона.
		Спиронолактон	-ХСН II-IV ФК и ФВ ЛЖ ⩽ 40%. Симптоматичная ХСН с ФВ 40-49%. -Артериальная гипертония, при недостижении целевого АД на фоне тройной комбинированной терапии. - Перенесенный ИМ, терапевтические дозы иАПФ и бетаадреноблокатора, ФВ ЛЖ ⩽35%, и СД или СН.

			- ИмпST и ФВ ЛЖ ⩽40% в сочетании с СН или с сахарным диабетом, в добавление к бета-адреноблокатору и иАПФ при условии, что нет почечной недостаточности и гиперкалиемии
		Фуросемид	- ХСН с признаками задержки жидкости. - ХСН и артериальная гипертония при недостаточной антигипертензивной эффективности применения комбинации иАПФ (АРА вместо иАПФ, но не вместе!), бета- адреноблокаторов и альдостерона антагонистов. - Артериальная гипертония, вместо тиазидных/ тиазидоподобных при СКФ
2	В течение второго года после ОИМ и/или стентирования коронарных артерий	Тикагрелор 60 мг 2 раза в сутки ч в течение 1 года	Лицам старше 50 лет в сочетании хотя бы с одним из следующих факторов риска: • атеротромботическое поражение периферических артерий • СД 2 типа • возраст старше 65 лет • ИМ в анамнезе • хроническая почечная недостаточность со скоростью клубочковой фильтрации 15-59 мл/мин/1,73м2
		Ацетилсалициловая кислота	
		Бета-адреноблокаторы	При отсутствии противопоказаний
		Ингибиторы АПФ или Сартаны	
		Статины	Не менее 40 мг аторвастатина, целевой показатель холестерина ЛПНП 1,4 ммоль/л
		Антикоагулянты Ривароксабан по 2,5 мг 2 раза в день	При наличии мультифокального атеросклероза: коронарных артерий, брахиоцефальных артерий, сосудов нижних конечностей
		Антикоагулянты Ривароксабан 20 мг или 15 мг в сутки Дабигатран 150 мг или 110 мг 2 раза в сутки Апиксабан 5 мг 2 раза в сутки	При наличии пароксизмальной, персистирующей или постоянной формы фибрилляции предсердий, в сочетании с ацетилсалициловой кислотой
		Антиаритмики	При наличии показаний
		Диуретики	
		Мононитраты	

		Агонисты I1-имидазолиновых рецепторов	
При наличии хронической сердечной недостаточности (далее – ХСН)			
		Ацетазоламид	ХСН с рефрактерностью к терапии петлевыми диуретиками, наличие отечного синдрома (слабой и умеренной выраженности, в сочетании с алкалозом)
		Валсартан + сакубитрил	Симптоматическая сердечная недостаточность (ФК II-IV) и сниженная ФВ ЛЖ, сохраняющиеся симптомы СН, несмотря на оптимальную терапию иАПФ/АРА, бета-адреноблокаторами и альдостерона антагонистами, артериальная гипертензия
		Дапаглифлозин Эмпаглифлозин	ХСНнФВ с сохраняющимися симптомами сердечной недостаточности, несмотря на терапию иАПФ/АРА/валсартан+сакубитрил, бетаадреноблокаторами и антагонистами альдостерона, ХСН с низкой ФВ в сочетании с СД 2 типа. Хроническая болезнь почек с риском ее прогрессирования
		Дигоксин	- ХСН II-IV ФК, со сниженной и промежуточной ФВ ЛЖ с синусовым ритмом и сохраняющимися симптомами СН, несмотря на терапию иАПФ/АРА/ валсартан+сакубитрил, бетаадреноблокаторами и альдостерона антагонистами - ХСН I-III ФК, когда частота сокращений желудочков остается высокой несмотря на применение бета-адреноблокаторов или при невозможности назначения бета-адреноблокаторов для контроля ЧСС. - Фибрилляция предсердий для контроля ЧСС при ЧСС >110 в мин – при ФВ ⩾40% при неэффективности бетаадреноблокаторов или верапамила, при ФВ
		Ивабрадин	ХСН, синусовый ритм, ФВ ⩽ 35%, симптомы ХСН II-IV ФК и уровень ЧСС ⩾ 70 в 1 мин., на подобранной терапии рекомендованными (или максимально переносимыми) дозами бета-адреноблокаторов, иАПФ/АРА/ валсартан+сакубитрил и антагонистов альдостерона Стабильная стенокардия, с синусовым ритмом, ФВ 70 уд/мин при сохранении стенокардии, несмотря на прием бета-адреноблокаторов, иАПФ и антагонистов альдостерона.
		Спиронолактон	-ХСН II-IV ФК и ФВ ЛЖ ⩽ 40%.

			Симптоматичная ХСН с ФВ 40-49%. -Артериальная гипертония, при недостижении целевого АД на фоне тройной комбинированной терапии. - Перенесенный ИМ, терапевтические дозы иАПФ и бетаадреноблокатора, ФВ ЛЖ ⩽35%, и СД или СН. - ИмпST и ФВ ЛЖ ⩽40% в сочетании с СН или с сахарным диабетом, в добавление к бета-адреноблокатору и иАПФ при условии, что нет почечной недостаточности и гиперкалиемии
		Фуросемид	- ХСН с признаками задержки жидкости. - ХСН и артериальная гипертония при недостаточной антигипертензивной эффективности применения комбинации иАПФ (АРА вместо иАПФ, но не вместе!), бета- адреноблокаторов и альдостерона антагонистов. - Артериальная гипертония, вместо тиазидных/ тиазидоподобных при СКФ

6. В случае наличия у пациентов группы инвалидности обеспечение осуществляется в рамках постановления Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» (категория: инфаркт миокарда первые полгода). В рамках постановления Правительства Российской Федерации от №890 обеспечиваться лекарственными препаратами могут как инвалиды, сохранившие право на набор социальных услуг, так и отказавшиеся от набора социальных услуг.

7. Пациенты, имеющие группу инвалидности, и не отказавшиеся от набора социальных услуг, имеют право на обеспечение лекарственными препаратами в рамках Федерального закона от 17.07.1999 №178-ФЗ «О государственной социальной помощи».

Приложение №1
к Регламенту оказания медицинской
помощи пациентам с ОКС

Контрольный лист принятия решения бригадой скорой медицинской помощи о проведении пациенту с острым инфарктом миокарда тромболитической терапии

Дата: ____/____/_____г.
ФИО больного_____
Возраст_____лет
Пол: м/ж
Масса тела _____кг

Наличие показаний для догоспитальной тромболитической терапии
(на все вопросы должен быть ответ «Да»)

	Да	Нет
Типичные боли в грудной клетке (или их эквивалент), не купирующиеся нитратами		
Симптомы ОИМ возникли менее 12 часов назад		
ЭКГ: подъем сегмента ST более 0,1 mV как минимум в 2х последовательных грудных отведениях или в 2х отведениях от конечностей или остро возникшая полная блокада левой ножки пучка Гиса		

Абсолютные противопоказания к тромболитической терапии
(на все вопросы должен быть ответ «Нет»)

	Да	Нет
Указания на перенесенный ишемический инсульт в течение последних 6 мес.		
Указания на перенесенный геморрагический инсульт или ОНМК неизвестной этиологии		
Повреждения или новообразования ЦНС, артериовенозные мальформации ЦНС		
Недавняя серьезная травма / хирургическое вмешательство / травма головы / желудочно-кишечное кровотечение (в течение предыдущего месяца)		
Известные геморрагический диатез или кровоточивость (кроме менструальных кровотечений)		
Расслоение аорты (заподозренное или подтвержденное)		
Пункция некомпрессируемых сосудов, биопсия печени, спинномозговая пункция в течение предыдущих 24 часов.		

Относительные противопоказания к тромболитической терапии

(тромболизис возможен, необходима оценка риска кровотечения)

Транзиторная ишемическая атака в предыдущие 6 месяцев		
Прием пероральных антикоагулянтов		
Беременность и 1-я неделя после родов		
Рефрактерная АГ (САД >180 мм рт.ст. и/или ДАД >110 мм рт.ст.)		
Тяжелое заболевание печени		
Инфекционный эндокардит		
Травматичная или длительная сердечно-легочная реанимация		
Обострение язвенной болезни		

Приложение №2
к Регламенту оказания медицинской
помощи пациентам с ОКС

Шкала GRACE и критерии риска неблагоприятного исхода при острым коронарным синдромом без стойкого подъёма сегмента ST на ЭКГ

Клинические признаки		Баллы
Возраст (лет)	⩽30	0
	30-39	8
	40-49	25
	50-59	41
	60-69	58
	70-79	75
	80-89	91
	⩾90	100
Частота сердечных сокращений (ударов/минуту)	⩽50	0
	50-69	3
	70-89	9
	90-109	15
	110-149	24
	150-199	38
	⩾200	46
Систолическое артериальное давление (мм. рт. ст.)	⩽80	58
	80-99	53
	100-119	43
	120-139	34
	140-159	24
	160-199	10
	⩾200	0
Уровень креатинина сыворотки (мг/дл)	0-0,39	1
	0,40-0,79	4
	0,80-1,19	7
	1,20-1,59	10
	1,60-1,99	13
	2,0-3,99	21
	⩾4,0	28
Класс сердечной недостаточности (по классификации Killip)	I	0
	II	20
	III	39
	IV	59

Остановка сердца (на момент поступления пациента)	Да	39
Девиация сегмента ST	Да	28
Наличие диагностически значимого повышения уровня кардиоспецифических ферментов	Да	14

Интерпретация риска, оцениваемого по шкале GRACE:

1. Низкий риск – смертность менее 1%, количество баллов - ⩽108.
2. Средний риск – смертность от 1 до 3%, количество баллов 109-140.
3. Высокий риск – смертность более 3%, количество баллов ⩾141.

Критерии риска неблагоприятного исхода при острым коронарным синдромом без стойкого подъёма сегмента ST на ЭКГ

Для стратификации риска неблагоприятного исхода и выбора стратегии ведения у пациентов с ОКСбпST рекомендуется осуществлять совокупную оценку анамнеза, клинических данных, ЭКГ, ЭхоКГ, результатов исследования уровня сердечного тропонина I или T в крови (предпочтительно методом с высокой чувствительностью), функции почек (рСКФ) и в некоторых случаях методик выявления ишемии миокарда с помощью визуализации сердцаST.

Очень высокий риск:

- нестабильность гемодинамики или кардиогенный шок,
- продолжающаяся или повторяющаяся боль в грудной клетке, рефрактерная к медикаментозному лечению,
- угрожающие жизни аритмии или остановка кровообращения,
- механические осложнения острого ИМ (разрыв свободной стенки ЛЖ, разрыв межжелудочковой перегородки, разрыв папиллярных мышц или хорд створок митрального клапана),
- острая сердечная недостаточность; повторяющееся динамические смещения сегмента ST или изменения зубца T, особенно с преходящим подъемом сегмента ST.

Высокий риск:

- подъем или снижение концентрации сердечного тропонина в крови, соответствующие критериям ИМ,
- динамические смещения сегмента ST или изменения зубца T (с симптомами или бессимптомные),

- сумма баллов по шкале GRACE > 140 баллов.

Умеренный (промежуточный) риск:

- Сахарный диабет,
- почечная недостаточность (рСКФ < 60мл/мин/1,73 м2),
- Фракция выброса ЛЖ < 40% или застойная сердечная недостаточность,
- ранняя постинфарктная стенокардия,
- недавнее ЧКВ, операция КШ в анамнезе,
- сумма баллов по шкале GRACE от 109 до 140 баллов.

Низкий риск:

- отсутствие указанных выше критериев.

Приложение №2
к приказу министерства здравоохранения
Тульской области
от 28.02.2023 № 175-од

Схема маршрутизации пациентов
с ОКС с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST

РСЦ ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница» (30 коек, из них коек ПРИТ – 6) Прикрепленное население – 443 315.	1. Пролетарский территориальный округ г. Тулы (126 427 человек) 2. МО г. Алексин, п.г.т. Новогуровский (56 764 человек) 3. Ясногорский район (21 170 человек) 4. Заокский район (13 704 человек) 5. Суворовский район (23 728 человек) 6. Одоевский район, Арсеньевский район, п.г.т. Славный (15 933 человек) 7. Белевский район (13 779 человек) 8. Киреевский район (50 359 человек) 9. Щекинский район (73 914 человек) 10. Плавский район, Чернский район (30 154 человек) 11. Дубенский район (8 909 человек) 12. Тепло-Огаревский район (8 474 человек)
РСЦ ГУЗ «Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д.Я. Ваныкина» (60 коек, из них коек ПРИТ – 12). Прикрепленное население – 338 246.	1. Зареченский, Центральный, Советский, Привокзальный территориальные округа г. Тулы (338 246 человек)
РСЦ ГУЗ «Новомосковская городская клиническая больница» (40 коек, из них коек ПРИТ – 9) Прикрепленное население – 348 024.	1. МО г. Новомосковск (103 135 человек) 2. Кимовский район (29 432 человек) 3. Веневский район (16 988 человек) 4. Богородицкий район (36 083 человек) 5. МО г. Донской (44 800 человек) 6. МО г. Ефремов, Воловский район, Каменский район (58 176 человек) 7. Куркинский район (7 532 человек) 8. Узловский район (51 878 человек)

СПИСОК КОНТАКТОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ЗАДЕЙСТВОВАННЫХ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Медицинская организация	Телефон
ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница»	Дежурный кардиолог РСЦ 8-950-917-60-83
ГУЗ «Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д.Я. Ваныкина»	Дежурный кардиолог РСЦ 8-961-261-02-73
ГУЗ «Новомосковска городская клиническая больница»	Дежурный кардиолог РСЦ 8-961-266-21-86
ГУЗ ТО «Территориальный центр медицины катастроф, скорой и неотложной медицинской помощи»	Врач-консультант дистанционно-консультационного центра 8-910-580-37-71

Приложение №3
к приказу министерства здравоохранения
Тульской области
от 27.02.2023 № 135-осн

Маршрутизация пациентов с ОКС в случае неисправности ангиографического комплекса

1. В случае неисправности ангиографической комплекса в РСЦ ГУЗ «Новомосковская городская клиническая больница» (далее – ГУЗ «НГКБ») медицинская эвакуация пациентов осуществляется в РСЦ ГУЗ «Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д.Я. Ваныкина» (далее – ГУЗ «ТГКБ СМП им. Ваныкина»).
2. В случае неисправности ангиографического комплекса в РСЦ «ТГКБ СМП им. Ваныкина» медицинская эвакуация осуществляется в ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница» (далее – ГУЗ ТО «ТОКБ»),
3. В случае неисправности ангиографического комплекса в РСЦ ГУЗ ТО «ТОКБ» медицинская эвакуация пациентов осуществляется в РСЦ ГУЗ «ТГКБ СМП им. Ваныкина», в случае неисправности ангиографического комплекса в РСЦ ГУЗ «ТГКБ СМП им. Ваныкина» медицинская эвакуация пациентов осуществляется в РСЦ ГУЗ «НГКБ».

Приложение №4
к приказу министерства здравоохранения
Тульской области
от 28 02 2023 № 188 осн

Маршрутизация пациентов после перенесенного инфаркта миокарда на II этап медицинской реабилитации

Наименование медицинской организации, где находится пациент	**Наименование медицинской организации, куда переводится пациент**
1. РСЦ ГУЗ «Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д.Я. Ваныкина» (Зареченский, Привокзальный, Советский, Центральный территориальные округа г. Тулы) 2. РСЦ ГУЗ «Новомосковская городская клиническая больница» (МО г. Новомосковск, Кимовский район, Веневский район, МО г. Донской, Узловский район)	Реабилитационное отделение ГУЗ «Тульский областной клинический кардиологический диспансер»
1. РСЦ ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница» (Пролетарский территориальный округ г. Тулы, МО г. Алексин, п.г.т. Новогуровский, Ясногорский район, Заокский район, Суворовский район, Одоевский район, Арсеньевский район, п.г.т. Славный, Белевский район, Киреевский район, Щекинский район, Плавский район, Чернский район, Дубенский район, Тепло-Огаревский район) 2. РСЦ ГУЗ «Новомосковская городская клиническая больница» (Богородицкий район, МО г. Ефремов, Воловский район, Каменский район, Куркинский район)	Реабилитационное отделение ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница»

Приложение №5
к приказу министерства здравоохранения
Тульской области
от 27.02.2023 № 175-ОД

Форма еженедельного отчета по госпитализации пациентов с ОКС
для ГУЗ ТО «Территориальный центр медицины катастроф, скорой и неотложной медицинской помощи»

Дата	Количество ОКС за неделю (с 0-00 понедельника до 0-00 воскресенья)	Время доезда СМП до 20 минут (процент)	Количество пациентов с ОКС, отказавшихся от госпитализации в лечебное учреждение	Маршрутизация пациента в РСЦ (да/нет)	Проведение догоспитальной ТЛТ(да/нет). В случае непроведения догоспитальной ТЛТ указать причину

Приложение №6
к приказу министерства здравоохранения
Тульской области
от 27.02.2023 №135-осн

Форма мониторинга догоспитальной тромболитической терапии при ОКСпST для службы скорой медицинской помощи

Дата	Число ОКСпST (I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9)	Число проведенного тромболизиса	Причины непроведения ТЛТ
ДД.ММ.ГГ			

Приложение №7
к приказу министерства здравоохранения
Тульской области
от 28.02.2023 № 135-осн

Форма еженедельного мониторинга по госпитализации пациентов с ОКС
(название медицинского учреждения) *

ДАТА:
Пациенты, поступившие с 00:00 понедельника до 00:00 воскресенья

№ и/б	Ф.И.О пациента	Пол	Дата рождения	ГУЗ, в которое госпитализирован пациент	Время вызова СМП	Время поступления	Начало заболевания	Диагноз: (ОКС с пST или ОКС без пST) **	Теле-ЭКГ да/нет	ТЛТ да/нет	КАГ да/нет	ЧКВ (с указанием даты) да/нет	Примечание (причина не проведения КАГ/ЧКВ)	ГУЗ, к которому прикреплен пациент для оказания ПМСП***	Наличие инвалидности (да/нет)

* Отчет направляется еженедельно по средам по защищенным каналам связи в адрес ГУЗ «Тульский областной клинический кардиологический диспансер» (адрес VipNet: АП МУЗ Городская больница №13 г. Тулы)
** обязательно указывать ОКС с подъемом или без подъема сегмента
*** ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

Приложение №8
к приказу министерства здравоохранения
Тульской области
от 28.02.2023 № 175-ОД

Форма еженедельного отчета по пациентам с острым инфарктом миокарда, выписанным (умершим) из стационара *

Дата госпита-лизации	Ф.И.О. пациента	Дата рождения	Диагноз по СМП	Клинический диагноз на момент выписки или перевода из стационара	Подъем сегмента ST (да/ нет)	Тропонин (да/нет)	Реваскуляризация (указать в течение скольких часов с момента появления боли выполнена ТЛТ). ТЛТ догоспитальный этап/стационар	Реваскуляризация (указать в течение скольких часов с момента появления боли выполнено ЧКВ)	Перевод в другой стационар (указать в какой стационар, время «поступление - перевод»); если пациент не переведен - указать причину)	В случае летального исхода указать проводилось ли вскрытие, если да - патологоанатомический диагноз

*Отчет направляется еженедельно по средам по защищенным каналам связи в адрес ГУЗ «Тульский областной клинический кардиологический диспансер» (адрес VipNet: АП МУЗ Городская больница №13 г.Тулы)

Приложение №9
к приказу министерства здравоохранения
Тульской области
от 27.02.2023 № 185-ОД

Реестр пациентов с ОКС, выписанных из региональных сосудистых центров

№ п/п	ФИО пациента	Год рождения	Возраст (полных лет)	Контактный телефон	Адрес проживания	Житель города или села (указать)	ГУЗ прикрепления	Группа инвалидности (указывается какая)	Дата госпитализации в РСЦ	Дата выписки из РСЦ	Диагноз по МКБ-10	Полный клинический диагноз	ОКС с подъёмом ST, без подъёма ST	Число койко-дней	Госпитализирован до 6 часов	Госпитализирован до суток	Тромболизис (догоспитальный, госпитальный)	Дата КАГ	Дата операции	Многососудистое поражение коронарных артерий (да/нет)	Количество и вид стентов	Время симптом-баллон	Время дверь-баллон	Выписаны лекарственные препараты по приказу Минздрава России от 29.09.2022 № 639н (БСК)	Исход заболевания
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Приложение №10
к приказу министерства здравоохранения
Тульской области
от 28.02.2023 №185-осн

Критерии оценки качества медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (далее – ОКСпST)*

№ п/п	Критерий качества	Да	Нет
1.	Указан временной интервал от момента обращения за медицинской помощью до начала реперфузионного лечения		
2.	Время от постановки диагноза до введения проводника в инфаркт-связанную артерию при проведении первичного ЧКВ менее 90 мин		
3.	Время от постановки/подтверждения диагноза в ЧКВ – центре до введения проводника в инфаркт-связанную артерию при проведении первичного ЧКВ менее 60 мин		
4.	Время от постановки диагноза в неинвазивном центре до начала транспортировки в ЧКВ-центр при планировании первичного ЧКВ менее 30 мин		
5.	Начало ТЛТ в пределах 10 мин после постановки диагноза (при невозможности выполнения первичной ЧКВ в течение 120 мин от постановки диагноза до введения проводника в инфаркт-связанную артерию)		
6.	Проведение коронароангиографии, при необходимости, ЧКВ в пределах 2-24ч после успешной ТЛТ		
7.	При КАГ/ ЧКВ использован доступ через лучевую артерию		
8.	Исследование уровня сердечных тропонинов I, T в крови		
9.	Оценена динамика уровня сердечного тропонина I и T в крови при недостаточной информативности первого определения		
10.	Выполнена ЭХО-КГ во время госпитализации		
11.	Выполнена оценка ФВ ЛЖ перед выпиской		

12.	У пациентов, не имеющих показаний к длительному применению антикоагулянтов, использовалась двойная антитромбоцитарная терапия (сочетание АСК с ингибитором P2Y12 – рецепторов тромбоцитов). При не назначении любого из двух компонентов указать причину		
13.	У пациентов с показаниями к длительному применению антикоагулянтов использовалось сочетание перорального антикоагулянта с одним или двумя антиагрегантами При не назначении антикоагулянта указана причина		
14.	Использован бета-адреноблокатор у пациентов с ИМпST с ФВ левого желудочка < 40%. При не назначении указана причина		
15.	Использованы ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина у пациентов с ФВ ЛЖ <40%, сердечной недостаточностью, АГ, ХБП, при сахарном диабете. При не назначении указана причина		

* Заполняется на каждого пациента и вклеивается в историю болезни

Приложение №11
к приказу министерства здравоохранения
Тульской области
от _____№ _____

Критерии оценки качества медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (далее – ОКСбпST) *

№ п/п	Критерий качества	Да	Нет
1.	Пациент с подозрениями на ОКС срочно госпитализирован в стационар, специализирующийся на лечении пациентов с ОКС, предпочтительно в лечебное учреждение, где возможно инвазивное лечение ОКС		
2.	У пациента с подозрением на ОКСбпST определен уровень биохимических маркеров повреждения кардиомиоцитов в крови - исследование уровня сердечного тропонина I или T		
3.	У пациента с подозрением на ОКСбпST выполнена ЭХО-КГ с обязательной оценкой ФВ ЛЖ в первые сутки госпитализации		
4.	У пациента с ОКСбпST на основании оценки риска неблагоприятного исхода выбрана и реализована одна из стратегий лечения в стационаре (КАГ с намерением выполнить реваскуляризацию миокарда в первые 2-72 часа после госпитализации или первоначальное неинвазивное лечение)		
5.	У пациента с ОКСбпST в начале лечения использовалась тройная антитромботическая терапия (сочетание АСК, с ингибитором P2Y12 – рецептора тромбоцитов и антикоагулянта) с последующим переходом на сочетание АСК с ингибитором P2Y12 – рецепторов тромбоцитов или, для пациентов с показаниями к длительному применению антикоагулянтов, на сочетание перорального антикоагулянта с одним или двумя антиагрегантами (АТХ-группа антиагреганты, кроме гепарина B01AC)		

6.	У пациента с ОКСбпST и ФВ ЛЖ < 40% назначен пероральный бета-адреноблокатор, если к препаратам этой группы нет противопоказаний		
7.	У пациента с ОКСбпST и ФВ ЛЖ < 40%, АГ, сахарном диабете, хронической болезни почек (ХБП) назначен ингибитор АПФ, если к препаратам этой группы нет противопоказаний		
8.	У пациента с ОКСбпST в период госпитализации начато или продолжено лечение высокими дозами ингибиторов ГМГ- КоА- редуктазы вне зависимости от исходного уровня холестерина в крови, если к ним нет противопоказаний и высокая доза ингибиторов ГМГ- КоА- редуктазы хорошо переносится		
9.	Пациент, перенесший ОКСбпST, включен в программы КР, нацеленные на изменение образа жизни, коррекцию факторов риска ИБС, улучшение качества жизни и повышение приверженности к лечению		
10.	Пациент, перенесший ОКСбпST, после выписки из стационара взят на диспансерное наблюдение		

* Заполняется на каждого пациента и вклеивается в историю болезни

Приложение №12
к приказу министерства здравоохранения
Тульской области
от 28.02.2023 № 185-осн

Форма ежемесячного отчета главного внештатного специалиста кардиолога департамента здравоохранения министерства здравоохранения Тульской области по маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом

№	Показатель	Результат
1.	Количество пациентов, госпитализированных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST	
2.	Из них пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, поступивших в стационар до 12 часов от начала боли	
2.1.	Среднее время симптом - звонок СМП **(в карте вызова СМП должно быть указано время звонка пациента)**	
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.	При ОКС с подъемом сегмента ST	
3.1.1.	Среди пациентов, поступивших в первые 12 часов от начала заболевания	
3.2.	При ОКС без подъема сегмента ST	

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.	При ИМ с подъемом сегмента ST	
5.2.	При ИМ без подъема сегмента ST	
6.	Летальность в первые сутки	
6.1.	При ИМ с подъемом сегмента ST	
6.2.	При ИМ без подъема сегмента ST	