



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Железнодорожная, 72, г. Саратов, 410012
Тел.: (845-2) 50-63-53; Факс (845-2) 51-63-00
E-mail: minzdrav@saratov.gov.ru

46.06.15 11-01-33/4364
на № _____

**Руководителям
медицинских организаций области**

**О направлении Рекомендаций
по оказанию медицинской помощи
больным с острым коронарным синдромом**

Министерство здравоохранения области направляет для использования в работе письмо главного внештатного специалиста - кардиолога Минздрава России И.Е. Чазовой (прилагается).

В целях реализации мероприятий Плана основных мероприятий по проведению в 2015 году в Российской Федерации Года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями», утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 05.03.2015 №367-р, и Плана основных мероприятий по проведению в 2015 году в Саратовской области Года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденного распоряжением Правительства Саратовской области от 25.03.2015 №43-Пр, необходимо довести Рекомендации по оказанию медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом до всех заинтересованных лиц, провести семинары в структурных подразделениях медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную и скорую медицинскую помощь больным с острым коронарным синдромом, взять на контроль реализацию указанных Рекомендаций в медицинской организации.

Приложение: на 7 л. в 1 экз.

Заместитель министра

Н.В. Мазина



Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное учреждение

**РОССИЙСКИЙ
КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ
НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ
КОМПЛЕКС**

ОГРН 1037739144640 ИНН 7731243467
121552, г. Москва, 3-я Черепковская ул., 15а

Тел. 140-93-36, факс: 414-66-99
www.cardioweb.ru cclibr@cardio.ru

Исх. № 03/31 от 09.06.2015

на № _____ от _____

Руководителям органов
исполнительной власти
здравоохранения,
Главным внештатным
специалистам кардиологам
субъектов РФ и Федеральных
округов РФ

По данным Росстата в январе-апреле 2015 г. в ряде субъектов РФ регистрируется повышение смертность населения от ишемической болезни сердца, в том числе и от ее острой формы – инфаркта миокарда.

По поручению Минздрава России специалистами Российского кардиологического научно-производственного комплекса подготовлены краткие Рекомендации по оказанию медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом для врачей и фельдшеров, работающих в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и врачей/фельдшеров скорой медицинской помощи.

Направляю Вам Рекомендации и с целью повышения эффективности лечения этой категории больных прошу Вас разослать врачам для использования их при оказании первичной медико-санитарной помощи больным с острым коронарным синдромом.

С уважением,
Главный внештатный специалист кардиолог Минздрава России,
Заместитель генерального директора ФГБУ «РКНПК»,
член-корр. РАН

И.Е.Чазова

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

34956
10.06.15

11061590

Краткие рекомендации по оказанию медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом

В Рекомендациях изложены основные принципы оказания медицинской помощи и алгоритм действий врача, фельдшера у больных с острым коронарным синдромом. В каждом конкретном случае при необходимости возможна коррекция в зависимости от особенностей течения заболевания.

Рекомендации предназначены для врачей и фельдшеров, работающих в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь* и врачей/фельдшеров скорой медицинской помощи.

Термин “острый коронарный синдром” используют для обозначения обострения ишемической болезни сердца. Этим термином объединяют такие клинические состояния, как инфаркт миокарда (ИМ) (все формы) и нестабильную стенокардию. Выделяют ОКС с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST.

Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST диагностируется у больных с ангинозным приступом или другими неприятными ощущениями (дискомфортом) в грудной клетке и подъемом сегмента ST или впервые возникшей или предположительно впервые возникшей блокадой левой ножки пучка Гиса на ЭКГ. При этом стойкий подъем сегмента ST сохраняется не менее 20 мин. Для инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST характерно возникновение подъема ST как минимум в двух последовательных отведениях, который оценивается на уровне точки J и составляет 0,2 мВ у мужчин или $\geq 0,15$ мВ у женщин в отведениях V2-V3 и/или 0,1 мВ в других отведениях (в случаях, когда нет блокады левой ножки пучка Гиса и гипертрофии левого желудочка).

Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST диагностируется у больных с ангинозным приступом и изменениями на ЭКГ, свидетельствующими об острой ишемии миокарда, но без подъема сегмента ST, или с подъемом сегмента ST длительностью менее 20 минут. У этих больных может отмечаться стойкая или преходящая депрессия ST, инверсия, сглаженность или псевдонормализация зубцов T. В отдельных случаях ЭКГ может быть и нормальной.

Симптомы. Типичным проявлением ОКС является развитие ангинозного приступа. Характер болевых ощущений разнообразен: сжимающий, давящий,

жгучий. Наиболее типично - чувство сжатия или давления за грудиной. Может наблюдаться иррадиация боли в левую руку и/или плечо, горло, нижнюю челюсть, эпигастрий и т.д. Иногда больные предъявляют жалобы на атипичные боли только в области иррадиации, например, в левой руке. При инфаркте миокарда боль может носить волнообразный характер и продолжаться от 20 минут до нескольких часов.

Болевой синдром часто сопровождается чувством страха («страх смерти»), возбуждением, беспокойством, а также вегетативными нарушениями, например, повышенным потоотделением.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ АНГИНОЗНОГО ПРИСТУПА

при нормальном или повышенном уровне АД и без признаков левожелудочковой недостаточности

1. Больной должен немедленно прекратить всякую нагрузку, и по возможности лечь.
2. Дать больному нитроглицерин 0,5 мг под язык.
3. Через 5 минут повторное назначение нитроглицерин 0,5 мг под язык.
4. Если боль в грудной клетке или дискомфорт сохраняются в течение 5 мин после повторного приема нитроглицерина, **немедленно вызвать бригаду скорой медицинской помощи** и повторно дать нитроглицерин 0,5 мг или спрей изосорбид динитрата 1,25 мг под язык.
5. Снять ЭКГ (проводится одновременно с 2-4 пунктами).
6. В присутствии врача скорой помощи начинается внутривенная инфузия нитроглицерина 1% 2 – 4 мл *или* изосорбида динитрата 0,1% 2 – 4 мл в 200 мл физиологического раствора внутривенно капельно, начальная скорость инфузии составляет 15 – 20 мкг/мин (5 – 7 капель в минуту), максимальная скорость введения препарата 250 мкг/мин. Критерий адекватности скорости инфузии: снижение систолического АД на 10 – 15 мм рт. ст. и/или купирование ангинозного статуса.
7. При неэффективности проводимой терапии внутривенно вводится морфин гидрохлорида или сульфата 1% -1,0 мл (10 мг), разведенного как минимум в 10 мл 0,9% раствора хлорида натрия или дистиллированной воды. Первоначально следует ввести внутривенно медленно 2-4 мг данного лекарственного вещества. При необходимости введение повторяют каждые 5-15 минут по 2-4 мг до купирования боли или возникновения побочных эффектов, не позволяющих увеличить дозу.

8. При сохраняющемся уровне АД > 180/10 ммрт.ст. – наладить внутривенное капельное введение нитроглицерина со скоростью 10-200 мкг/час в зависимости от уровня АД.

✓ ! При подозрении на острый коронарный синдром больному немедленно назначить *Ацетилсалициловую кислоту* (при отсутствии абсолютных противопоказаний – гиперчувствительность к препарату, активное кровотечение) в дозе 250 мг, сублингвально разжевать !!!

✓ Одновременно назначить *Клопидогрел* в нагрузочной дозе 300 мг.

Обязательная съемка ЭКГ в 12 отведениях:

1. В случае подозрения на ОКС в течение первых 10 мин контакта с больным
2. В случае нормальной ЭКГ и нарастающей клинической картины съемку ЭКГ повторяют через 30 мин и через 1 час.

Что можно увидеть на ЭКГ:

1. нормальную ЭКГ
2. различные нарушения ритма
3. блокады левой ножки пучка Гиса
4. высокие положительные зубцы Т
5. отрицательные зубцы Т
6. депрессию ST
7. депрессию ST и отрицательные зубцы Т
8. депрессию ST и положительные остроконечные зубцы Т
9. высокий R и элевацию ST.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ АНГИНОЗНОГО ПРИСТУПА на фоне артериальной гипотонии (систолическое АД < 90 ммрт. ст.)

1. Незамедлительно вызвать бригаду скорой медицинской помощи
2. Больной должен немедленно прекратить всякую нагрузку, принять горизонтальное положение
3. Снять ЭКГ

Средством выбора для купирования ангинозного приступа является внутривенное введение морфина гидрохлорида или сульфата 1% -1,0 мл (10 мг), разведенного как минимум в 10 мл 0,9% раствора хлорида натрия или дистиллированной воды. Первоначально следует ввести внутривенно медленно 2-4 мг лекарственного вещества. При необходимости введение повторяют каждые 5-15 минут по 2-4 мг

до купирования боли или возникновения побочных эффектов, не позволяющих увеличить дозу.

При отсутствии морфина необходимо использовать любые доступные парентеральные анальгетики, например, анальгин 3 - 4 мл 50%.

! При подозрении на острый коронарный синдром больному немедленно назначить *Ацетилсалициловую кислоту* (при отсутствии абсолютных противопоказаний – гиперчувствительность к препарату, активное кровотечение) в дозе 250 мг, сублингвально, разжевать !!!

! Одновременно назначить *Клопидогрел* в нагрузочной дозе 300 мг.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ АНГИНОЗНОГО ПРИСТУПА, протекающего с острой левожелудочковой недостаточностью на фоне нормального или повышенного АД

1. Незамедлительно вызвать бригаду скорой медицинской помощи
 2. Больной должен немедленно прекратить всякую нагрузку, принять полусидящее положение
 3. Снять ЭКГ
 4. Средством выбора для купирования ангинозного приступа является внутривенное введение морфина гидрохлорида или сульфата 1% -1,0 мл (10 мг) разведенного как минимум в 10 мл 0,9% раствора хлорида натрия или дистиллированной воды. Первоначально следует ввести внутривенно медленно 2-4 мг лекарственного вещества. При необходимости введение повторяют каждые 5-15 минут по 2-4 мг до купирования боли или возникновения побочных эффектов, не позволяющих увеличить дозу.
 5. Дать больному нитроглицерин 0,5 мг под язык.
 6. Внутривенная инфузия нитроглицерина 1% 2 – 4 мл *или* изосорбида динитрата 0,1% 2 – 4 мл в 200 мл физиологического раствора внутривенно капельно, начальная скорость инфузии 15 – 20 мкг/мин (5 – 7 капель в минуту), максимальная скорость введения препарата 250 мкг/мин. Критерий адекватности скорости инфузии: снижение систолического АД на 10 – 15 мм. рт.ст. и/или купирование ангинозного статуса.
- ✓ **! При подозрении на острый коронарный синдром больному немедленно назначить *Ацетилсалициловую кислоту* (при отсутствии абсолютных противопоказаний – гиперчувствительность к препарату, активное кровотечение) в дозе 250 мг, сублингвально, разжевать !!!**
- ✓ **! Одновременно назначить *Клопидогрел* в нагрузочной дозе 300 мг.**

ЛЕЧЕНИЕ АНГИНОЗНОГО ПРИСТУПА, протекающего с острой левожелудочковой недостаточностью на фоне артериальной гипотонии (систолическое АД < 90 мм рт. ст.)

1. Незамедлительно вызвать бригаду скорой медицинской помощи
 2. Снять ЭКГ в 12 отведениях
 3. Средством выбора для купирования ангинозного приступа является морфий 1% - 0,5 мл, разведенный как минимум в 10 мл 0,9% раствора хлорида натрия или дистиллированной воды. Первоначально следует ввести внутривенно медленно 2-4 мг лекарственного вещества. При необходимости введение повторяют каждые 5-15 минут по 2-4 мг до купирования боли или возникновения побочных эффектов, не позволяющих увеличить дозу.
 4. При низком АД (систолическое АД < 90 мм рт. ст.) обеспечить внутривенное введение допамина 200 мг в 200 мл физиологического раствора (начальная скорость 3 мкг/мин/кг, при отсутствии эффекта скорость инфузии увеличивается на 3 мкг/мин/кг, максимальная скорость составляет – 12 мкг/мин/кг). При сохраняющейся гипотонии и наличии клинических признаков относительной гиповолемии – отсутствие влажных хрипов в легких и набухания вен шеи – целесообразно ввести 200-250 мл 0,9% раствора хлорида натрия в течение 5-10 минут. При сохранении артериальной гипотонии возможны повторные введения 0,9% раствора хлорида натрия до общего объема 0,5-1,0 л. В случае появления одышки или влажных хрипов в легких - инфузию жидкости следует прекратить.
- ✓ ! При подозрении на острый коронарный синдром больному немедленно назначить *Ацетилсалициловую кислоту* (при отсутствии абсолютных противопоказаний – гиперчувствительность к препарату, активное кровотечение) в дозе 250 мг, сублингвально, разжевать !!!
- ✓ ! Одновременно назначить *Клопидогрел* в нагрузочной дозе 300 мг.

Рекомендации по проведению реперфузионной терапии у больных с острым коронарным синдромом

В течение 30 минут от первого контакта с больным с острым коронарным синдромом бригада скорой медицинской помощи, наряду с купированием болевого синдрома и стабилизацией гемодинамики (поддержания уровня АД на должном уровне) должна принять решение о проведении реперфузионной терапии – тромболитика или чрекожного коронарного вмешательства (ЧКВ) у данного больного:

1. Если существует возможность и уверенность, что в течение 2 часов будет произведено ЧКВ (экстренное стентирование коронарной артерии, послужившей причиной развития ОКС) больной безотлагательно госпитализируется в ближайшую медицинскую организацию, где выполняется высокотехнологичные вмешательства на инфаркт-связанной коронарной артерии.
2. При невозможности проведения ЧКВ в эти сроки необходима тромболитическая терапия (ТЛТ), которая проводится бригадой скорой медицинской помощи. ТЛТ показана в первые 12 часов после появления болевого синдрома и ЭКГ критериев ОКС с подъемом сегмента ST.

ЭКГ критериями для начала реперфузионной терапии являются стойкие подъемы сегмента ST $\geq 0,1$ мВ как минимум в двух смежных отведениях ЭКГ ($\geq 0,25$ мВ у мужчин до 40 лет/ $0,2$ мВ у мужчин старше 40 лет и $\geq 0,15$ мВ у женщин в отведениях V_2-V_3) при отсутствии гипертрофии левого желудочка или (предположительно) остро возникшая блокада левой ножки пучка Гиса (особенно при конкордантных подъемах сегмента ST в отведениях с положительным комплексом QRS). При наличии депрессии сегмента ST $\geq 0,05$ мВ в отведениях V_1-V_3 , особенно с позитивными зубцами T, рекомендуется зарегистрировать ЭКГ в отведениях V_7-V_9 (выявление подъемов ST $\geq 0,05$ мВ/ $\geq 0,01$ мВ у мужчин моложе 40 лет является основанием для реперфузионного лечения).

* Согласно Приказу Минздрава РФ от 15 мая 2012г. № 543 Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, здравпунктов, поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) врачебных амбулаторий, здравпунктов, поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций, офисов врачей общей практики (семейных врачей). Первичная специализированная медико-санитарная помощь по профилю «кардиология» оказывается врачами-кардиологами поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций.

Рекомендации подготовлены сотрудниками Российского кардиологического научно-производственного комплекса Минздрава России профессором Терещенко С.Н., профессором Руда М.Я., профессором Староверовым И.И.