

# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

## П Р И К А З

от «01.04» 2013 г.

№ 196-Л

г. Махачкала

**О дальнейшем совершенствовании организации оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями в Республике Дагестан**

В целях совершенствования организации медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями в Республике Дагестан и во исполнение распоряжения Республики Дагестан от 19 сентября 2012 года № 224-р "О концепции республиканской программы совершенствовании медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями в Республике Дагестан на 2012-2014 г.» и закона Республики Дагестан от 7 декабря 2012 года № 89 "Об утверждении республиканской целевой программы «Совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями Республики Дагестан»,-

## П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Организовать республиканские сосудистые центры (далее РСЦ) на базах Государственное бюджетное учреждение Республики Дагестан «Республиканская клиническая больница» (далее ГБУ РД «РКБ») – головной центр и Государственное бюджетное учреждение Республики Дагестан «Республиканская больница №2 – Центр экстренной специализированной медицинской помощи» (далее – ГБУ РД «РБ№2-ЦЭСМП).

2. Организовать первичные сосудистые отделения (далее ПСО) на базе Государственное бюджетное учреждение Республики Дагестан «Дербентская центральная городская больница», Государственное бюджетное учреждение Республики Дагестан «Буйнакская центральная городская больница», Государственное бюджетное учреждение Республики Дагестан «Кизлярская центральная городская больница», Государственное бюджетное учреждение Республики Дагестан «Хасавюртовская центральная городская больница им. Р.П. Аскерханова».

3. Утвердить:

3.1. Положения о республиканском сосудистом центре и о первичном сосудистом отделении (приложения № 1, 2).

3.2. Порядок организации медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Республике Дагестан (приложение № 3).

3.3. Порядок оказания догоспитальной помощи и транспортировки больных с острым нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом (приложение № 4).

3.4. Перечень государственных учреждений здравоохранения республики, прикрепленных к сосудистым центрам и отделениям (приложение № 5).

4. Главному врачу ГБУ РД «РКБ» Магомедову И.У. организовать с 15.04.2013 г.

4.1. Отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения на 60 коек (в т.ч. 12 коек анестезиологии-реанимации) на базе неврологического отделения №1 РКБ.

4.2. Отделение для лечения больных с сосудистой патологией центральной нервной системы на 30 коек на базе нейрохирургического отделения РКБ.

4.3. Отделение для лечения больных с острым коронарным синдромом на 45 коек (в т.ч. 9 коек блока интенсивной терапии) на базе кардиологического отделения №1 РКБ.

5. Главному врачу ГБУ РД «РБ№2-ЦЭСМП Курбанову К.М. организовать с 15.04.2013 г.

5.1. Отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения на 45 коек (в т.ч. 12 коек анестезиологии-реанимации) на базе неврологического отделения.

5.2. Отделение для лечения больных с острым коронарным синдромом на 40 коек (в том числе 9 коек блока интенсивной терапии) на базе кардиологического отделения.

6. Главным врачам ГБУ РД «Дербентская центральная городская больница» Рамазанову М.Н., ГБУ РД «Буйнакская центральная городская больница» Мамаеву М.А., ГБУ РД «Кизлярская центральная городская больница» Алиеву И.М., ГБУ РД «Хасавюртовская центральная городская больница им. Р.П. Аскерханова» Ханакаеву З.А. организовать с 05.04.2013 г. первичные сосудистые отделения, в т.ч.:

6.1. Отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения на 30 коек (в т.ч. 6 коек анестезиологии-реанимации) на базе неврологического отделения.

6.2. Отделение для лечения больных с острым коронарным синдромом на 30 коек (в том числе 6 коек блока интенсивной терапии) на базе кардиологического отделения.

7. Главным врачам ГБУ РД «РКБ» Магомедову И.У. и ГБУ РД «РБ №2-ЦЭСМП Курбанову К.М., ГБУ РД «Дербентская центральная городская больница» Рамазанову М.Н., ГБУ РД «Буйнакская центральная городская больница» Мамаеву М.А., ГБУ РД «Кизлярская центральная городская больница» Алиеву И.М., ГБУ РД «Хасавюртовская центральная городская больница им. Р.П. Аскерханова» Ханакаеву З.А.:

7.1. Организовать работу РСЦ и ПСО в соответствии с Положениями об организации деятельности регионального сосудистого центра, утвержденного приказами Минздравсоцразвития России от 27.04.2011 № 357 «О внесении изменений в приказ Минздравсоцразвития России от 06.07.2009 № 389н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с ОНМК», от 28.04.2011 № 362н «О внесении изменений в приказ Минздравсоцразвития России от 19.09.2009 № 599н «Об утверждении Порядка оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля».

7.2. Взять под личный контроль организацию медицинской помощи больным, страдающим сосудистыми заболеваниями.

7.3. Организовать оказание нейрохирургической помощи пациентам в условиях РСЦ в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 13 апреля 2011 года № 317н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях и травмах нервной системы нейрохирургического профиля».

7.4. Внести соответствующие изменения в штатное расписание в пределах утвержденной общей штатной численности учреждения и представить на согласование в Министерство здравоохранения Республики Дагестан к 25.03.2013 г. в соответствии с приказами Минздравсоцразвития РФ от 6 июля 2009 г. N 389н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» и от 19 августа 2009 г. N 599н «Об утверждении порядка оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля».

7.5. Провести необходимые подготовительные работы для открытия и оборудования кабинетов физиотерапии, лечебной физкультуры, УЗИ, восстановительной медицины в срок до 01.04.2013 г.

7.6. Принять меры по подготовке кадров и укомплектованию штатных должностей врачей-неврологов, кардиологов, нейрохирургов, сосудистых хирургов, анестезиологов-реаниматологов и других специалистов для оказания помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом в соответствии с порядком оказания медицинской помощи.

7.7. Назначить приказами по учреждениям руководителей РСЦ, ПСО а также ответственных лиц за работу с регистром больных с острым нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом и принять меры по направлению последнего на обучение по работе с регистром в ФГУ "Российский кардиологический научно-производственный комплекс" г.Москва, (копии приказов представить в отдел лечебно-профилактической помощи взрослому населению в срок до 01.04.2013г.).

7.8. Привести документацию, регламентирующую организацию оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями в соответствии с приказами Минздравсоцразвития России и Министерства здравоохранения Республики Дагестан.

~~7.9. В принятых мерах направить в отдел лечебно-профилактической помощи взрослому населению Минздрава РД в срок до 18.04.2013 г.~~

7.10. Разработать и утвердить планы профилактической работы с населением по предупреждению сосудистых заболеваний в срок до 11.04.2013, обеспечить контроль над их выполнением.

7.11. Вести учетную и отчетную документацию и представлять отчет о деятельности ПСО и РСЦ в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

8. Главным врачам государственных учреждений здравоохранения республики, главным штатным и внештатным специалистам-экспертам Минздрава Республики Дагестан:

8.1. Принять меры по подготовке и переподготовке в 2013 году врачей: неврологов, терапевтов, кардиологов, анестезиологов-реаниматологов, врачей и фельдшеров скорой медицинской помощи, врачей функциональной и ультразвуковой диагностики по вопросам диагностики и оказания помощи больным с сосудистыми заболеваниями.

8.2. Организовать лечение не госпитализированных больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения в стационарах на дому в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий на бесплатное оказание гражданам медицинской помощи.

8.3. Обеспечить восстановительное лечение и динамическое наблюдение больных, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения и острый коронарный синдром.

8.4. Обеспечить оказание догоспитальной помощи и транспортировку больных с сосудистыми заболеваниями в соответствии со стандартами и порядком оказания медицинской помощи сосудистым больным.

8.5. Принять меры по повышению качества оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями на догоспитальном этапе путем оснащения линейных бригад скорой медицинской помощи аппаратурой и повышения квалификации медицинского персонала по вопросам диагностики и лечения острых нарушений мозгового кровообращения и острого коронарного синдрома и создания специализированных кардиологических и неврологических бригад.

8.6. Организовать разъяснительную работу среди населения с привлечением средств массовой информации о симптомах неотложных состояний и порядке действия при их появлении.

9. Главным врачам ГБУ РД «РКБ» Магомедову И.У. и ГБУ РД «РБ №2-ЦЭСМП Курбанову К.М. совместно с главными штатными и внештатными специалистами - экспертами Минздрава Республики Дагестан

и сотрудниками профильных кафедр Дагестанской государственной медицинской академии (по согласованию):

9.1. Организовать с 10.04.2013 г. работу постоянно действующего обучающего семинара для врачей-специалистов и работников со средним медицинским образованием по вопросам профилактики, диагностики, лечения, ухода, реабилитации при сосудистых заболеваниях на базе ГБУ РД «РКБ».

9.2. Представить для утверждения в лечебный отдел Минздрава РД в срок до 15.04.2013 г. программу и график проведения постоянно действующего обучающего семинара.

9.3. Осуществлять организацию конференций, совещаний по актуальным вопросам оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями.

10. Главным врачам ГБУ РД "Республиканский центр медицинской профилактики», ГБУ РД «Республиканский центр здоровья», главным штатным и внештатным специалистам-экспертам Минздрава РД обеспечить выполнение профилактических мероприятий по предупреждению сосудистых заболеваний и организовать регулярные выездные тематические циклы по обучению населения вопросам формирования здорового образа жизни, в том числе профилактике возникновения сосудистых заболеваний.

10.1. Признать утратившим силу приказ Минздрава РД от 21 сентября 2012 г. №898-Л «Этапы оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями».

10.2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя министра Ф.А.Габибулаева.

Министр



Т.И. Ибрагимов

Приложение № 1  
к приказу Минздрава РД  
от 01.04. 2013 г. № 196-л

**Положение  
организации деятельности  
республиканского сосудистого центра**

1. Республиканские сосудистые центры создаются на базах ГБУ РД «РКБ» и ГБУ РД «РБ№2-ЦЭСМП.

2. Республиканский сосудистый центр осуществляет:

2.1. Оказание медицинской помощи больным в соответствие с Положениями об организации деятельности регионального сосудистого центра, утвержденных приказами Минздравсоцразвития России от 27.04.2011 №357 «О внесении изменений в приказ Минздравсоцразвития России от 06.07.2009 №389н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения», от 28.04.2011 №362н «О внесении изменений в приказ Минздравсоцразвития России от 19.09.2009 №599н «Об утверждении Порядка оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению РФ при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля», от 13 апреля 2011 года № 317н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях и травмах нервной системы нейрохирургического профиля».

2.2. Внедрение новых технологий диагностики и лечение сосудистых заболеваний мозга, острого коронарного синдрома;

2.3. Консультативную помощь больным с ОНМК и острым коронарным синдромом из государственных и муниципальных учреждений здравоохранения;

2.4. Организацию и координацию профилактической и лечебно-диагностической работы по проблемам сосудистых заболеваний в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, в том числе в первичных сосудистых центрах;

2.5. Эпидемиологический мониторинг в рамках Программ «Госпитальный регистр инсульта и инфаркта» в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, прикрепленных к региональному сосудистому центру;

2.6. Разработку на основе эпидемиологического мониторинга рекомендаций для оптимизации системы оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями;

2.7. Подготовку семинаров, совещаний, конференций и других мероприятий по проблемам сосудистых заболеваний;

2.8. Участие в подготовке материалов, телепередач по диагностике, профилактике, лечению и реабилитации больных с сосудистыми заболеваниями.

3. В республиканском сосудистом центре организуются следующие структурные подразделения:

- приемное отделение с отдельным входом;
- круглосуточно функционирующие отделения лучевой диагностики;
- служба ультразвуковой диагностики с возможностью проведения эхокардиографии, в т.ч. трансэзофагеальной, транскраниальной доплерографии с возможностью мониторинга и дуплексного сканирования сосудов головного мозга;
- клиничко-диагностическая лаборатория;
- круглосуточный консультативный центр, в том числе с возможностью телемедицинской связи и оказания медицинской помощи по системе санитарной авиации;
- кабинет госпитального регистра.

4. Госпитализация больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения и/или острым коронарным синдромом осуществляется в соответствии порядком оказания медицинской помощи.

5. После завершения лечения в республиканском сосудистом центре больные, перенесшие острый коронарный синдром и/или ОНМК, направляются на долечивание или реабилитацию в установленном порядке.

6. После ранней нейрореабилитации в сосудистом центре, дальнейшая реабилитация больных с сосудистыми заболеваниями осуществляется в неврологических отделениях, отделениях восстановительного лечения, далее под динамическим наблюдением врача-терапевта амбулаторно-поликлинического учреждения согласно территориальному прикреплению.

**Положение  
о первичном сосудистом отделении**

1. Первичное сосудистое отделение создается на базе государственного учреждения здравоохранения в соответствии с распоряжением правительства РД от 19.09.2012г. № 224 – р.

2. Первичный сосудистое отделение осуществляет:

2.1. Оказание медицинской помощи больным в соответствии с Положениями об организации деятельности регионального сосудистого центра, утвержденного приказами Минздравсоцразвития России от 27.04.2011 № 357 «О внесении изменений в приказ Минздравсоцразвития России от 06.07.2009 № 389н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с ОНМК», от 28.04.2011 № 362н «О внесении изменений в приказ Минздравсоцразвития России от 19.09.2009 № 599н «Об утверждении Порядка оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля».

2.2. Эпидемиологический мониторинг в рамках Программы «Госпитальный регистр инсульта и инфаркта» в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, прикрепленных к первичному сосудистому отделению;

2.3. Координацию профилактической и лечебно-диагностической работы по проблемам сосудистых заболеваний в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, прикрепленных к первичному сосудистому отделению, в том числе направление больных по показаниям в региональный сосудистый центр.

3. В составе первичного сосудистого отделения должны быть:

- приемное отделение с отдельным входом;
- неврологическое отделение для лечения больных с острым нарушением мозгового кровообращения на 30 коек, в котором выделяется блок интенсивной терапии на 6 коек, оснащенный по нормативам реанимационного отделения и обслуживаемый мультидисциплинарной бригадой специалистов;

- кардиологическое отделение для лечения больных с острым коронарным синдромом на 30 коек, в котором выделяется блок интенсивной



терапии на 6 коек, оснащенный по нормативам реанимационного отделения и обслуживаемый мультидисциплинарной бригадой специалистов;

- круглосуточно функционирующее отделение лучевой диагностики, оборудованное компьютерным томографом;

- круглосуточно функционирующая служба ультразвуковой диагностики с возможностью проведения эхокардиографии, в т.ч. трансазофагеальной, транскраниальной доплерографии с мониторингом и дуплексного сканирования сосудов головного мозга;

- круглосуточно функционирующая клиничко-диагностическая лаборатория;

- кабинет госпитального регистра больных с острым нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом;

- телемедицинский центр.

4. Госпитализация больных с ОНМК и/или ОКС в первичное сосудистое отделение осуществляется в соответствии порядком оказания медицинской помощи.

5. После завершения лечения в первичном сосудистом отделении больные, перенесшие ОКС и/или ОНМК, направляются на долечивание или реабилитацию в установленном порядке.

6. После ранней нейрореабилитации в первичном отделении или долечивания, дальнейшая реабилитация больных с сосудистыми заболеваниями осуществляется под динамическим наблюдением врача-терапевта амбулаторно-поликлинического учреждения согласно территориальному прикреплению.

**Порядок  
организации медицинской помощи больным с острым нарушением  
мозгового кровообращения**

Дальнейшее развитие и оказание эффективной медицинской помощи больным с ОНМК предполагает следующую организацию поэтапной помощи этой категории больных.

**1. Оказание медицинской помощи больным с ОНМК на догоспитальном этапе:**

1.1. Бригадами СМП (специализированными) с оказанием помощи в максимальном объеме при вызове на дом и во время транспортировки в стационар;

1.2. Врачами и фельдшерами из амбулаторно-поликлинических структурных подразделений государственных и муниципальных учреждений здравоохранения с последующим направлением больных на госпитализацию;

1.3. Обеспечение максимально быстрой госпитализации в острой стадии инсульта в первичный сосудистый, региональный сосудистый центр или в неврологическое отделение (в первые 3 часа по линии СМП и в первые 3 - 6 часов из поликлиник) в соответствии с прикреплением, с обязательным уведомлением по телефону приемного отделения учреждения;

1.4. Транспортировке в ПСО или в РСЦ подлежат все больные с ОНМК или подозрением на него.

**2. Госпитальный этап:**

2.1. При поступлении пациента в приемное отделение не позднее 3-х часов от начала развития инсульта пациент в течение 40 минут осматривается неврологом, ему проводится УЗД- и КТ-исследование головного мозга, лабораторные исследования и принимается решение о проведении тромболизиса. При наличии показаний проводится осмотр нейрохирурга, анестезиолога-реаниматолога;

2.2. При поступлении пациента в приемное отделение позднее 3-х часов от начала развития инсульта пациенту весь комплекс обследования проводится в приемном отделении в течение не более 40 минут;

2.3. По результатам обследования невролог определяет тактику дальнейшего лечения:

- госпитализация в отделение центра;

- госпитализация в палаты интенсивной терапии для проведения тромболизиса;

- госпитализация в неврологические отделения ЛПУ;

- госпитализация в ЛПУ по месту медобслуживания в терапевтические отделения;

- перевод больного в РСЦ;

2.4. Для решения вопроса о необходимости проведения селективного тромболизиса и стентирования сосудов головного мозга проводится совместный осмотр неврологом, реаниматологом и сосудистым хирургом. Вопрос о необходимости консультации сосудистого хирурга решает ответственный невролог.

Противопоказания к госпитализации в ПСО:

- полиорганная недостаточность у больных на фоне хронических заболеваний печени (цирроз), почек (хроническая почечная недостаточность);

- сахарный диабет тяжелой степени в стадии декомпенсации;

- наличие подтвержденного злокачественного новообразования 3-4 стадии, в том числе злокачественных заболеваний крови;

- ранее перенесенное ОНМК с остаточными явлениями в виде грубых двигательных нарушений или выраженного психоорганического синдрома;

- хронический алкоголизм 2 - 3 стадии;

- тяжелая сердечно-сосудистая патология (аневризма сердца и крупных сосудов, декомпенсированные пороки сердца, сердечная недостаточность II-Б и выше).

Больные, имеющие эти противопоказания, госпитализируются в неврологические или терапевтические отделения по месту медицинского обслуживания.

Перевод в РСЦ осуществляется после согласования с руководителем центра, заведующими отделениями или заместителем главного врача по медицинской части ГБУ РД «РКБ» и ГБУ РД «РБ№2-ЦЭСМП».

С целью определения показаний к оперативному лечению больных с ОНМК осуществляется консультация нейрохирурга в ПСО, в ЛПУ республики:

- по телефону для принятия решения о выезде или транспортировке больного в региональный сосудистый центр;

- через телемедицинский центр.

Консультация нейрохирурга проводится после обязательного обследования больного (КТ или МРТ - при наличии их в ЛПУ).

Противопоказаниями и показания к операции и к переводу больных в нейрохирургическое отделение определяет консилиум в составе невролога, нейрохирурга, кардиолога и анестезиолога.

3. После завершения лечения в сосудистом центре, отделении больные, перенесшие ОНМК и ОКС, направляются в неврологические или терапевтические отделения ЛПУ по месту медицинского обслуживания,

специализированные отделения, дневные стационары или «стационары на дому» в установленном порядке.

4. После прохождения долечивания или нейрореабилитации последующая реабилитация больных, перенесших ОНМК и ОКС, осуществляется под динамическим наблюдением врача-терапевта амбулаторно-поликлинического учреждения.

Приложение № 4  
к приказу Минздрава РД  
от 01.04 2013 г. № 196-н

**Порядок  
оказания догоспитальной помощи и транспортировка больных  
с острым нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным  
синдромом**

**Алгоритм оказания помощи больным с инсультом  
на догоспитальном этапе**

**Табель оснащения неврологической бригады СМП:**

- дефибрилятор - 1;
- транспортный объемный респиратор - 1;
- респиратор ВЧ ИВЛ - 1;
- пульсоксиметр - 1;
- неврологический молоточек - 1;
- тонометр - 1;
- переносной эхоэнцефалоскоп - 1;
- портативный электрокардиограф - 1;
- портативная дыхательная аппаратура;
- баллоны с кислородом и записью азота;
- набор дыхательных масок и мешок Амбу;
- кислородный ингалятор;
- электроотсос;
- набор ларингоскопов и эндотрахеальных трубок;
- желудочный зонд и пищевой obturator;
- зонд Мошкина для промывания желудка;
- глюкометр;
- шприцы (2 - 20 мл, инсулиновые шприцы);
- набор для катетеризации вен;
- перевязочный материал;
- набор для лумбальной пункции;
- набор урологических эластичных катетеров;
- воздуховоды и роторасширители;
- лекарственные препараты в ампулах или стерильных флаконах:

1) для регуляции гемодинамики и сердечной деятельности (строфантин, эуфиллин, допамин, клонидин, реополиглюкин (реоглюман), 5% раствор глюкозы, изотонический раствор хлористого натрия, пропранолол, верапамил, кофеин, кордиамин);

2) для улучшения метаболизма и перфузии мозга - сульфат магния, нимодипин, витамин В6, унитиол, глицин, семакс;

3) для купирования судорожного синдрома - диазепам, оксидбутират натрия, гексенал;

4) для снижения внутричерепной гипертензии и купирования отека легких - фуросемид, маннитол, преднизолон, дексаметазон;

5) другие лекарственные средства - атропин, прозерин, супрастин, баралгин, трамадол, гемодез, 40% раствор глюкозы, антибиотики, хлосоль, трисоль, инсулин.

#### **1. На догоспитальном этапе бригада СМП проводит сбор анамнеза:**

- точное время начала заболевания, когда и в какой последовательности появились клинические симптомы;

- имеются ли нарушения речи, движений в конечностях, асимметрии лица, нарушение чувствительности, нарушение сознания;

- имеются ли факторы риска: (артериальная гипертензия, сахарный диабет, мерцательная аритмия, ИБС, ОНМК в анамнезе);

- был ли больной инвалидизирован до настоящего заболевания и если да, по какой причине и в какой степени.

#### **2. Диагностические мероприятия:**

- оценка общего состояния и жизненно важных функций: уровня сознания, проходимости дыхательных путей, дыхания, кровообращения;

- для выявления ЧМТ осмотреть мягкие ткани головы, наружные слуховые и носовые ходы (ликворо- и гематореи);

- измерение пульса, ЧСС, АД на обеих руках, аускультация сердца и легких;

- электрокардиография;

- исследование глюкозы крови;

- пульсоксиметрия при наличии дыхательных расстройств;

- оценка общемозговых, менингеальных и очаговых симптомов.

#### **3. Лечебные мероприятия:**

##### **3.1. Базисная терапия:**

##### **3.1.1. Коррекция дыхательных нарушений:**

- введение носо- или ротоглоточного воздуховода;

- интубация трахеи и проведение ИВЛ при снижении уровня сознания < 8 баллов по шкале комы Глазго, брадипноэ менее 12 в минуту, тахипноэ > 30 - 40 в минуту, высоком риске аспирации;

- при клинических признаках гипоксии – пульсоксиметрия;

- при клинических признаках появления или прогрессирования цианоза, отека легких, ТЭЛА, пневмонии - оксигенотерапия с начальной скоростью подачи кислорода 2 - 4 л/мин.

##### **3.1.2. Коррекция АД:**

- недопустимо снижение АД при цифрах менее 170/100 мм рт. ст.;

- при АД выше 170/110 медленное снижение АД (ингибиторы АПФ - каптоприл);

- при необходимости повышения АД - адекватная волемическая нагрузка, по показаниям - дофамин в начальной дозе 5 мкг/кг в минуту.

##### **3.1.3. Водно-электролитный обмен:**

- основной инфузионный раствор - 0,9% натрия хлорид.

специализированные отделения, дневные стационары или «стационары на дому» в установленном порядке.

4. После прохождения долечивания или нейрореабилитации последующая реабилитация больных, перенесших ОНМК и ОКС, осуществляется под динамическим наблюдением врача-терапевта амбулаторно-поликлинического учреждения.

Приложение № 4  
к приказу Минздрава РД  
от 01.04 2013 г. № 196-н

**Порядок  
оказания догоспитальной помощи и транспортировка больных  
с острым нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным  
синдромом**

**Алгоритм оказания помощи больным с инсультом  
на догоспитальном этапе**

**Табель оснащения неврологической бригады СМП:**

- дефибриллятор - 1;
- транспортный объемный респиратор - 1;
- респиратор ВЧ ИВЛ - 1;
- пульсоксиметр - 1;
- неврологический молоточек - 1;
- тонометр - 1;
- переносной эхоэнцефалоскоп - 1;
- портативный электрокардиограф - 1;
- портативная дыхательная аппаратура;
- баллоны с кислородом и записью азота;
- набор дыхательных масок и мешок Амбу;
- кислородный ингалятор;
- электроотсос;
- набор ларингоскопов и эндотрахеальных трубок;
- желудочный зонд и пищевой obturator;
- зонд Мошкина для промывания желудка;
- глюкометр;
- шприцы (2 - 20 мл, инсулиновые шприцы);
- набор для катетеризации вен;
- перевязочный материал;
- набор для люмбальной пункции;
- набор урологических эластичных катетеров;
- воздуховоды и роторасширители;
- лекарственные препараты в ампулах или стерильных флаконах:

1) для регуляции гемодинамики и сердечной деятельности (строфантин, эуфиллин, допамин, клонидин, реополиглюкин (реоглюман), 5% раствор глюкозы, изотонический раствор хлористого натрия, пропранолол, верапамил, кофеин, кордиамин);

2) для улучшения метаболизма и перфузии мозга - сульфат магния, нимодипин, витамин В6, унитиол, глицин, семакс;

3) для купирования судорожного синдрома - диазепам, оксибутират натрия, гексенал;

4) для снижения внутричерепной гипертензии и купирования отека легких - фуросемид, маннитол, преднизолон, дексаметазон;

5) другие лекарственные средства - атропин, прозерин, супрастин, баралгин, трамадол, гемодез, 40% раствор глюкозы, антибиотики, хлосоль, трисоль, инсулин.

### **1. На догоспитальном этапе бригада СМП проводит сбор анамнеза:**

- точное время начала заболевания, когда и в какой последовательности появились клинические симптомы;

- имеются ли нарушения речи, движений в конечностях, асимметрии лица, нарушение чувствительности, нарушение сознания;

- имеются ли факторы риска: (артериальная гипертензия, сахарный диабет, мерцательная аритмия, ИБС, ОНМК в анамнезе);

- был ли больной инвалидизирован до настоящего заболевания и если да, по какой причине и в какой степени.

### **2. Диагностические мероприятия:**

- оценка общего состояния и жизненно важных функций: уровня сознания, проходимости дыхательных путей, дыхания, кровообращения;

- для выявления ЧМТ осмотреть мягкие ткани головы, наружные слуховые и носовые ходы (ликворо- и гематореи);

- измерение пульса, ЧСС, АД на обеих руках, аускультация сердца и легких;

- электрокардиография;

- исследование глюкозы крови;

- пульсоксиметрия при наличии дыхательных расстройств;

- оценка общемозговых, менингеальных и очаговых симптомов.

### **3. Лечебные мероприятия:**

#### **3.1. Базисная терапия:**

##### **3.1.1. Коррекция дыхательных нарушений:**

- введение носо- или ротоглоточного воздуховода;

- интубация трахеи и проведение ИВЛ при снижении уровня сознания < 8 баллов по шкале комы Глазго, брадипноэ менее 12 в минуту, тахипноэ > 30 - 40 в минуту, высоком риске аспирации;

- при клинических признаках гипоксии – пульсоксиметрия;

- при клинических признаках появления или прогрессирования цианоза, отека легких, ТЭЛА, пневмонии - оксигенотерапия с начальной скоростью подачи кислорода 2 - 4 л/мин.

##### **3.1.2. Коррекция АД:**

- недопустимо снижение АД при цифрах менее 170/100 мм рт. ст.;

- при АД выше 170/110 медленное снижение АД (ингибиторы АПФ - каптоприл);

- при необходимости повышения АД - адекватная волемическая нагрузка, по показаниям - дофамин в начальной дозе 5 мкг/кг в минуту.

##### **3.1.3. Водно-электролитный обмен:**

- основной инфузионный раствор - 0,9% натрия хлорид.

3.1.4. Отек мозга и повышение ВЧД: при отеке мозга - осмотические диуретики - маннитол 0,5 - 1,0 г/кг каждые 6 часов, при отсутствии расстройств глотания - 50% глицерин внутрь 1 ст. ложка.

3.1.5. купирование судорожного синдрома - диазепам 10 мг в/в или в/м медленно, при неэффективности - повторно 10 мг в/в через 3 - 4 минуты. Максимальная суточная доза диазепама - 80 мг.

### 3.2. Нейропротективная терапия:

- для пациентов, находящихся в сознании, без расстройств глотания - глицин сублингвально или трансбуккально по 1 г (10 таблеток по 100 мг или в виде порошка (измельчить таблетки));

- мексидол 200 - 400 мг в/м или в/в струйно или капельно;

- магния сульфат 25% - 10 мл в/в капельно.

### 4. Транспортировка:

- транспортировка больного осуществляется на носилках с приподнятым до 30 градусов головным концом независимо от тяжести состояния больного;

Противопоказаниями к транспортировке являются:

- терминальная кома;

- терминальная стадия онкологических заболеваний;

- деменция с выраженной инвалидизацией до инсульта.

Госпитализация не позднее первых 6 часов от начала инсульта.

## Поступное оказание медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом (ОКС)

### 1. Догоспитальный этап

1.1. Оказание медицинской помощи больным с ОКС осуществляется бригадами СМП (линейными, специализированными) и врачами, фельдшерами амбулаторно-поликлинических структурных подразделений государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. Первая медицинская помощь оказывается как можно раньше и в оптимальном объеме.

1.2. Госпитализации в первичные сосудистые отделения и региональный сосудистый центр подлежат все больные с ОКС.

1.3. Своевременная госпитализация больных с ОКС для выполнения ориентировочных нормативов, принятых для реперфузионной терапии: время от момента прибытия бригады СМП до начала тромболитической терапии не должно превышать 30 минут, а если принято решение о проведении транслюминальной баллонной ангиопластики - 90 минут до первого раздувания баллона в просвете коронарной артерии.

### 2. Госпитальный этап

2.1. Кардиолог в сосудистом центре после проведенного обследования больного определяет тактику дальнейшего лечения:

- госпитализация в палату интенсивной терапии;

- госпитализация в отделения центра;

- госпитализация в кардиологические отделения ЛПУ;

- госпитализация в терапевтические отделения по месту медицинского обслуживания;

- перевод в региональный центр.



2.2. После завершения лечения в сосудистом центре больные с ОКС направляются для долечивания в специализированное санатории, под наблюдение врача-терапевта амбулаторно-поликлинического учреждения.

#### **Обснащение линейной бригады СМП для оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе больным с ОКС:**

- портативный ЭКГ с автономным питанием;
- портативный аппарат для ЭИТ с автономным питанием и желательно с возможностью контроля за ритмом сердца с собственных электродов;
- набор для проведения сердечно-легочной реанимации, включая аппарат для ручной ИВЛ;
- оборудование для инфузионной терапии, включая приспособления для точного дозирования лекарств;
- набор для установки в/в катетера;
- ЭКС;
- удобные носилки с приспособлением для перекладывания тяжелобольных;
- система дистанционной передачи ЭКГ;
- система мобильной связи;
- электроотсос;
- аппаратура для общего освещения и освещения операционного поля.

#### **Последовательность действий при ведении больных с острым коронарным синдромом без стойкого подъема сегмента ST на догоспитальном этапе**

1. Врач поликлиники дает оценку состояния больного, и, если в течение предыдущих 48 часов больной перенес сильный приступ боли, заставляющий подозревать развитие ОКС:

- регистрация ЭКГ;
- вызов бригады СМП и экстренная госпитализация в сосудистый центр;
- дать аспирин, если больной его еще не получал - разжевать 259 - 500 мг препарата, не покрытого оболочкой;
- при продолжающейся боли - нитроглицерин под язык;
- "бета"- блокаторы  $\beta_1$  при отсутствии явных клинических противопоказаний;
- обеспечить соблюдение постельного режима;
- оценить выраженность факторов, способствующих усугублению ишемии, артериальной гипертензии, сердечной недостаточности, аритмии. Принять меры к их устранению.

2. Врач бригады СМП оценивает вероятность наличия ОКС. Основная цель - как можно более быстрая госпитализация в ПСО/РСП.

- дать аспирин - разжевать 250 - 500 мг препарата, не покрытого оболочкой, если больной его еще не принимает,
- при сильной боли, сохраняющейся после применения нитроглицерина, - морфин в/в,
- регистрация ЭКГ,
- в любом случае при наличии ЭКГ - изменений, включая подъемы сегмента ST, и отсутствии явных не кардиальных причин для их появления может быть

введен в/в струйно НФГ в дозе 70 ЕД/кг (~5000ЕД). Перед этим необходимо убедиться, что отсутствуют явные противопоказания к применению гепарина,

- при депрессиях сегмента ST или изменениях зубца T, при уверенности в отсутствии некардиальных причин развившегося состояния и противопоказаний к применению гепарина можно начать п/к введение низкомолекулярных гепаринов.

- оценить степень выраженности факторов, способствующих усугублению ишемии, - артериальной гипертензии, сердечной недостаточности, аритмии. Принять меры к их устранению.

### **3. Лечение неосложненного острого инфаркта миокарда с подъемом ST на догоспитальном этапе**

#### **3.1. Базовая терапия:**

- устранить болевой синдром;  
- разжевать таблетку, содержащую 250 мг ацетилсалициловой кислоты;  
- принять перорально 300 мг клопидогрела;  
- начать в/в инфузию нитроглицерина, в первую очередь больным с сохраняющимся ангинозным синдромом, артериальной гипертензией, острой сердечной недостаточностью;

- только для врачебных бригад! Начать лечение "бета"-блокаторами (учитывать противопоказания!). Предпочтительно первоначальное в/в введение, особенно у больных с ишемией миокарда, которая сохраняется после в/в введения наркотических анальгетиков или рецидивирует, с артериальной гипертензией или тахикардией, не имеющих противопоказаний к "бета"-блокаторам.

3.2. Предполагается выполнение транслюминальной баллонной ангиопластики.

Нагрузочная доза клопидогрела может быть увеличена до 600 мг.

3.3. Тромболитическая терапия на догоспитальном этапе проводится при наличии показаний и отсутствии противопоказаний. Начать тромболитическую терапию следует в ближайшие 30 минут после прибытия бригады СМП.

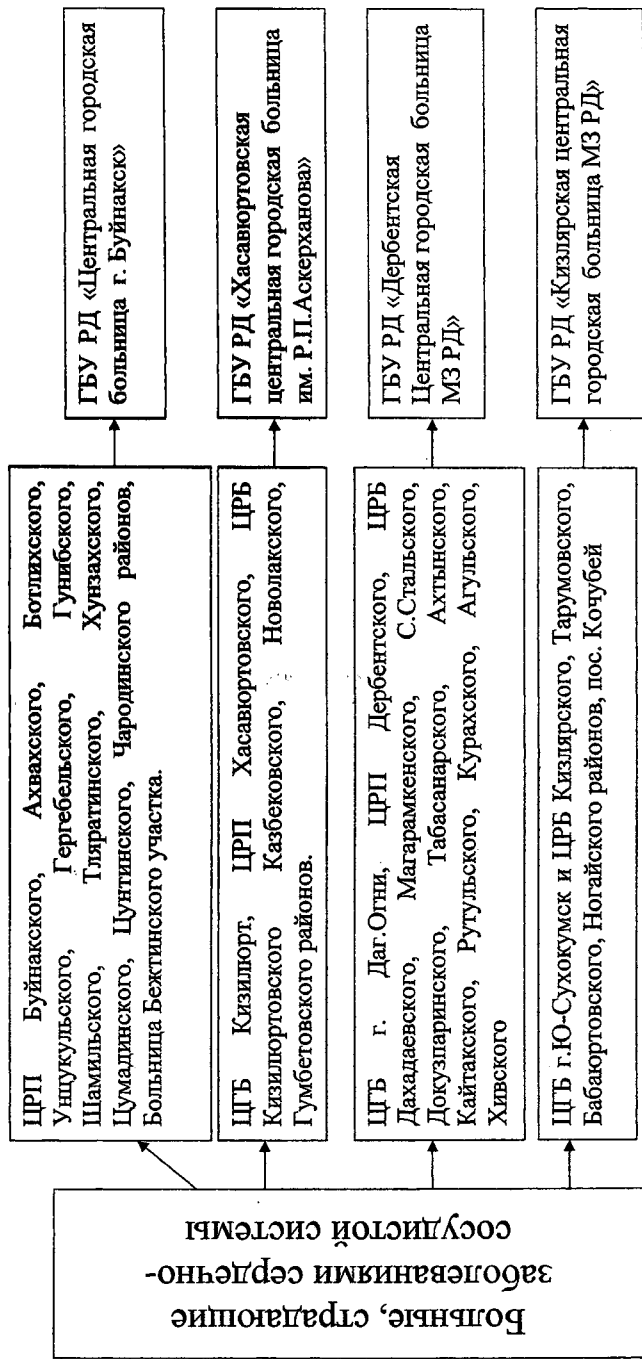
При применении стрептокиназы (нефибринспецифичный тромболитик) по усмотрению врача в качестве сопутствующей терапии можно использовать или не использовать антикоагулянты прямого действия. Если предпочтение отдается использованию антикоагулянтов, может быть выбран фондапаринукс, эноксапарин или нефракционированный гепарин.

При применении фибринспецифичных тромболитиков должны использоваться эноксапарин или нефракционированный гепарин.

### **4. Проведение реперфузионной терапии не предполагается.**

Решение о целесообразности применения антикоагулянтов прямого действия может быть отложено до поступления в стационар.

**Перечень государственных учреждений здравоохранения республики, прикрепленных к первичным сосудистым отделениям**



**Перечень государственных учреждений здравоохранения республики и первичных сосудистых отделений, прикрепленных к Республиканским сосудистым центрам**

