



АДМИНИСТРАЦИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ
КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

«*чр*» июня 2017г. Курск

№ *242*

Об утверждении регламента проведения тромболитической терапии при ОКС с подъемом сегмента ST на догоспитальном этапе фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи.

В соответствии с Приказом Минздрава России от 15.11.2012 N 918н (ред. от 14.04.2014) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями", Приказом Минздрава России от 20.06.2013 N 388н (ред. от 05.05.2016) "Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи", Приказом Минздрава России от 05.07.2016г № 457н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром трансмуральном инфаркте миокарда»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить региональный Регламент проведения тромболитической терапии при ОКС с подъемом сегмента ST фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи (далее Регламент).
2. Главным врачам обеспечить выполнение Регламента.
3. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на начальника управления организации и развития медицинской помощи Коновалова А.В.
4. Приказ вступает в силу со дня его подписания.

Председатель комитета

О.В. Новикова

УТВЕРЖДЕН
приказом комитета здравоохранения
Курской области
от 01.06.2017г. № 242

Региональный Регламент проведения тромболитической терапии при ОКС с подъемом сегмента ST фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи.

К проведению тромболитической терапии (далее ТЛТ) ОКС с подъемом сегмента ST допускаются фельдшерские бригады (далее Бригады) в составе 2-х фельдшеров (фельдшера и медсестры), прошедшие соответствующую подготовку и имеющие необходимое медицинское оборудование в соответствии с требованиями по оснащению автомобилей скорой медицинской помощи не ниже класса «В» (Приказ Минздрава России от 20.06.2013 N 388н (ред. от 05.05.2016) "Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи" и приказа Минздрава России от 22.01.2016г № 36н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи»).

Приказом главного врача медицинской организации на фельдшера бригады скорой медицинской помощи должны быть возложены функции врача в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 марта 2012 г. N 252н "Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты".

При выявлении на вызове случаев подозрительных на острый коронарный синдром медперсонал выездных бригад регистрирует ЭКГ на бумажном носителе в соответствии с установленными стандартами и клиническими рекомендациями. Осуществляет передачу в консультативный центр дистанционной интерпретации ЭКГ для бригад скорой медицинской помощи Курской области, действующий на базе ОБУЗ «Курская городская станция скорой медицинской помощи» (далее КДЦ).

При выявлении на ЭКГ подъема сегмента ST врач КДЦ оказывает консультативную помощь бригаде. Фельдшер приступает к опросу, позволяющему уточнить показания или выявить противопоказания к проведению ТЛТ.

Все ответы пациента на заданные вопросы фиксируются в Карте-обосновании принятия решения по ТЛТ (Приложение №1).

При необходимости врач КДЦ может задавать уточняющие вопросы, на которые Бригада обязана дать исчерпывающий ответ.

Окончательное решение о проведении ТЛТ принимает фельдшер-руководитель выездной бригады СМП.

В случае принятия фельдшером решения о возможности проведения ТЛТ необходимо ознакомить пациента с «Информированным согласием на проведение системного догоспитального тромболитизиса» (Приложение 2) и при необходимости дать пояснения о возможных рисках и преимуществах данного метода медикаментозной терапии с отметкой в информированном согласии. Бланк «Информированного согласия» прикладывается к оформленной карте вызова.

При выполнении ТЛТ Бригада должна указать в карте вызова время начала и окончания ТЛТ, название тромболитика. Все данные вносятся в карту проведения тромболитической терапии (Приложение 3).

После проведения ТЛТ транспортировка в региональный сосудистый центр осуществляется безотлагательно бригадой скорой медицинской помощи с предварительным информированием ответственного врача РСЦ и дежурного врача ЦРБ.

Во время проведения ТЛТ и в период осуществления медицинской эвакуации больного в РСЦ необходимо осуществлять непрерывное мониторирование жизненноважных функций.

Карта-обоснование принятия решения по ТЛТ

Дата _____

Ф.И.О. пациента _____

Возраст _____ Пол муж/жен _____ Вес _____ кг

Время появления симптомов _____

Время прибытия бригады СМП _____

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ИМ в анамнезе да нет (год _____); Q нет Q даСД да , нет ; АГ да , нет ; ОНМК да , нет (год);Стенокардия напряжения да , нет , ФК _____; ХСН _____;Периферический атеросклероз/облитерирующий эндартериит да нет

Предшествующая терапия в последние 4 недели (если известно): _____

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ТЛТ:

Время от появления симптомов не более 6 часов ЭКГ -критерии для ТЛТ:

-ST > 1 мм. в I, II, III, AVL, AVF мин в 2-х отведениях

-ST > 2 мм. в VI V2V3V4 мин в 2-х отведениях

-ST > 1 мм. в V4V5V6 мин в 2-х отведениях

- Впервые возникшая Блокада ЛНПГ-

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ	ДА	НЕТ
<i>Абсолютные противопоказания</i>		
Геморрагический инсульт в анамнезе		
В анамнезе нарушение мозгового кровообращения неизвестной этиологии		
Ишемический инсульт. Перенесённый в течение последних 6 месяцев		
Верифицированная опухоль мозга первичная и метастазы		
Верифицированные изменения структуры мозговых сосудов: ар.-вен. мальформация		
Существенные закрытые травмы головы в последние 3 месяца		
Полозрение на расслаивающую аневризму аорты, разница САДна руках >15 мм.рт.ст		
Наличие признаков кровотечения (за искл.менструации) в момент осмотра		
Геморрагический диатез (тромбоцитопения <100000 тыс.)		
<i>Относительные противопоказания</i>		
Устойчивая, высокая, плохо контролируемая АГ в анамнезе		
Некорректируемая тяжелая артериальная гипертензия (АД 180/110 мм рт.ст. или выше)		
Ишемический инсульт >6 месяцев		
Травматическая или длительная СЛР >10 мин. последние 3 недели		
Обширное оперативное вмешательство или травма в течение последних 6 недель		
Нелавнее в течение предыдущих 4 недель внутреннее кровотечение		
Пункция сосуда не поддающегося компрессии v.subclavia в течение последних 3 суток		
Беременность		
Обострение язвенной болезни		
Приём антикоагулянтов непрямого действия (МНО >1.3)		
Для стрептокиназы-введение стрептокиназы более 5 суток назад		
Инфекционный эндокардит		
Перикардит		
Терминальная стадия хронического заболевания (опухоль, лейкозы, ХСН с кахексией)		

NB! Если отмечены все квадратики в столбце «Нет» и ни одного в столбце «Да» то проведение тромболитической терапии больному показано.

При наличии даже одного не отмеченного квадратика в столбце «Нет» тромболитическую терапию проводить не следует и заполнение реперфузионной карты можно прекратить

ИНФОРМИРОВАННОЕ (ОСОЗНАННОЕ) СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Ф.И.О.больного _____

Дата _____

Ф.И.О. фельдшера, проводившего собеседование _____

Уважаемый пациент!

В настоящее время Ваше наблюдение за Вашим состоянием и лечение обеспечивает бригада скорой медицинской помощи.

Вам установлен диагноз **ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ**. Это заболевание связано с образованием тромба в сердечных (коронарных) артериях и может привести к некрозу (гибели) миокарда и представляет опасность для Вашей жизни. Данное заболевание требует применения специального лекарственного средства - тромболитика - препарата растворяющего тромб в просвете артерии.

В настоящее время, с учетом анализа Вашего заболевания, данных электрокардиографии (ЭКГ), показателей биохимических анализов крови **-Вам ПОКАЗАНО** проведение медикаментозной терапии препаратом из данной группы. Планируется применение препарата « _____ ». С помощью данного препарата фельдшер попытается провести растворение (лизирование) тромба в просвете сердечной артерии, для того, чтобы попытаться ограничить зону инфаркта сердечной мышцы. Никаких абсолютных противопоказаний для применения тромболитического препарата нет. Данные Вашей ЭКГ консультированы врачом ОБЗ «Курская городская станция скорой медицинской помощи через телемедицинские технологии».

Меня проинформировали о цели проведения тромболитической терапии бригадой скорой медицинской помощи.

На свои вопросы я получил(а) полные и понятные ответы.

О риске возможных осложнений я предупрежден (-а).

Я согласен (-сна) на проведение тромболитической терапии препаратом

« _____ » и всех других видов лечения, необходимых для стабилизации жизненно важных функций.

Пациент (Ф.И.О., полностью, подпись, дата, время) _____

Фельдшер(Ф.И.О., _____ полностью, _____ подпись, _____ дата, _____ вре-
мя) _____

Фельдшер (Ф.И.О., полностью, подпись, дата, время) _____

Получить информированное (осознанное) согласие пациента на проведение тромболитической терапии не представляется возможным в связи с

Карта проведения тромболитической терапии.

ФИО больного _____

Дата рождения	Пол М / Ж																
	МИНУТЫ	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50					55
ЧАСЫ																	
НАЗНАЧЕНИЯ																	
Морфин																	
Ацетилсалициловая кислота																	
Клопидогрель																	
Гепарин																	
Метопролол																	
Кислород																	
*																	
А/Д																	
ЧСС																	
ЧДД																	

*Для названия используемого тромболитического препарата

Окончание ТЛТ « _____ » _____ 201 г. в _____ час _____ мин

Зарегистрированные ранние осложнения во время проведения ТЛТ:

Начало динамики ЭКГ зарегистрировано в _____ через _____ мин после начала ТЛТ (указать- в чем выразалось).

Время госпитализации « _____ » _____ 20 г. в _____ ч. _____ мин

Ф-р _____ (_____)
 Ф-р (м/с) _____ (_____)