

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я

№ _____

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ЕКСТРЕНОЇ, ПЕРВИННОЇ,
ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ), ТРЕТИННОЇ
(ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЧНОЇ
РЕАБІЛІТАЦІЇ**

**ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ
З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST**

ВСТУП

Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації (УКПМД) «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST», розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, розглядає особливості проведення діагностики та лікування гострого коронарного синдрому з елевацією сегмента ST в Україні з позиції забезпечення наступності видів медичної допомоги. УКПМД розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST», яка ґрунтується на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, відображених в клінічній настанові, а саме: ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation 2017.

Ознайомитися з адаптованою клінічною настановою можна за посиланням https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

За формою, структурою та методичними підходами щодо використання засад доказової медицини УКПМД відповідає вимогам «Методики розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини», затвердженої наказом МОЗ України № 751 від 28.09.2012 року, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 за № 2001/22313.

УКПМД розроблений мультидисциплінарною робочою групою, яку було затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.08.2020 року № 1908 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 16.02.2021 року № 265).

Відповідно до ліцензійних вимог та стандартів акредитації у закладі охорони здоров'я (ЗОЗ) має бути наявний внутрішній документ (клінічний маршрут пацієнта), що уніфікує медичну допомогу пацієнтам з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST на локальному рівні.

Перелік скорочень

АЛТ	Аланін-амінотрансфераза
АКШ	Аортокоронарне шунтування
АПФ	Ангіотензинперетворюючий фермент
АСК	Ацетилсаліцилова кислота
АСТ	Аспартат-амінотрансфераза
АЧТЧ	Активований частковий тромбопластиновий час
БРА	Блокатор рецепторів ангіотензину
в/в	Внутрішньовенний
ГІМ	Гострий інфаркт міокарда
ГКС	Гострий коронарний синдром
ГПР	Глікопротеїновий рецептор
ЕКГ	Електрокардіограма
ІАПФ	Інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту
ІМТ	Індекс маси тіла
ІХС	Ішемічна хвороба серця
КМП	Клінічний маршрут пацієнта
КТ	Комп'ютерна томографія
ЛПНЩ	Ліпопротеїди низької щільності
ЛШ	Лівошлуночковий
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
НМД	Невідкладна медична допомога
НФГ	Нефракціонований гепарин
ПАТТ	Подвійна антитромботична терапія
ПКВ	Перкутанне коронарне втручання
СН	Серцева недостатність
Спеціальний структурний підрозділ	В цьому протоколі – умовний термін, що включає структурні підрозділи ЗОЗ та цілісні ЗОЗ (центри тощо), які функціонують згідно з чинними нормативно-правовими актами, що регулюють діяльність систем кардіологічної допомоги, кардіохірургічної допомоги та рентгеноендоваскулярної діагностики і лікування
ТІА	Транзиторна ішемічна атака
ТЛТ	Тромболітична терапія
ЧД	Частота дихання
ШТ	Шлуночкова тахікардія
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ФВ	Фракція викиду
ФШ	Фібриляція шлуночків

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз: Гострий інфаркт міокарда (ГІМ)

1.2. Код МКХ-10:

I21 Гострий інфаркт міокарда

I22 Повторний інфаркт міокарда

1.3. Протокол призначений для лікарів медицини невідкладних станів, лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів-терапевтів, лікарів кардіологічних відділень стаціонарів та відділень інтенсивної терапії, лікарів-кардіологів, лікарів-кардіологів інтервенційних, лікарів-хірургів серцево-судинних, лікарів-анестезіологів, лікарів з фізичної та реабілітаційної медицини, лікар з лікувальної фізкультури, лікарів з лікувальної фізкультури і спортивної медицини, лікарів-фізіотерапевтів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів.

1.4. Мета протоколу: організація надання медичної допомоги пацієнтам з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST, зменшення смертності та інвалідності внаслідок цього захворювання.

1.5. Дата складання протоколу: 2021 рік.

1.6. Дата наступного перегляду: 2024 рік.

1.7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь в розробці протоколу

Садов'як Ірина Дмитрівна	Перший заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи
Соколов Максим Юрійович	керівник відділу інтервенційної кардіології та реперфузійної терапії державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д.Стражеска» Національної академії медичних наук України, заступник голови робочої групи з клінічних питань (за згодою)
Голтвян Ольга Миколаївна	лікар-кардіолог державної установи «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова Національної академії медичних наук України» (за згодою)
Єпанчіцева Ольга Анатоліївна	завідувач відділу діагностики патології серця та магістральних судин державної установи «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України»

Жарінов Олег Йосипович	завідувач кафедри функціональної діагностики Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика (за згодою)
Журба Світлана Василівна	Головний лікар Черкаського обласного кардіологічного центру (за згодою)
Ідоєтова Євгенія Жумагаліївна	В.о. Генерального директора Директорату медичного забезпечення
Іжицька Наталія Віталіївна	доцент кафедри сімейної медицини факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького
Іркін Олег Ігорович	провідний науковий співробітник відділу реанімації і інтенсивної терапії державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д.Стражеска» Національної академії медичних наук України (за згодою)
Коваль Олена Акіндинівна	професор кафедри внутрішньої медицини Дніпровського державного медичного університету
Коляда Елеонора Валеріївна	директор комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1 Дніпровського району м. Києва» (за згодою)
Лутай Ярослав Михайлович	старший науковий співробітник відділу реанімації і інтенсивної терапії державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д.Стражеска» Національної академії медичних наук України (за згодою)
Малишевська Юлія Євгеніївна	заступник директора Департаменту оцінки медичних технологій, адміністрування державних реєстрів та моніторингу цін державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»
Мельник Євгенія Олександрівна	заступник начальника відділу взаємодії із зовнішніми експертами управління фінансових гарантій медичного обслуговування Департаменту замовлення медичних послуг та лікарських засобів Національної служби здоров'я України (за згодою)
Нетяженко Василь Захарович	завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини №1 Національного медичного університету ім. акад. О.О. Богомольця, чл.-кор Національної академії медичних наук України (за згодою)

Пархоменко Олександр Миколайович	завідувач відділу реанімації і інтенсивної терапії державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д.Стражеска» Національної академії медичних наук України» (за згодою)
Полівенок Ігор Вікторович	завідувач відділення інтервенційної кардіології державної установи «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т.Зайцева Національної академії медичних наук України» (за згодою)
Романенко Ірина Миколаївна	начальник відділу оцінки клінічної ефективності лікарських засобів Департаменту оцінки медичних технологій, адміністрування державних реєстрів та моніторингу цін державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»
Руденко Костянтин Володимирович	заступник директора, керівник відділу хірургічного лікування серцевої недостатності та механічної підтримки серця і легень державної установи «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова Національної академії медичних наук України» (за згодою)
Сорохтей Лілія Василівна	завідувач відділення інтервенційної кардіології комунального некомерційного підприємства «Центральна міська клінічна лікарня Івано-Франківської міської ради» (за згодою)
Хохлов Андрій Валерійович	завідувач відділення рентгеноендоваскулярної діагностики та лікування державної установи «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України»
Целуйко Віра Йосипівна	завідуюча кафедрою кардіології, лабораторної та функціональної діагностики Харківського Національного університету імені В.Н. Каразіна
Шумаков Валентин Олександрович	науковий керівник відділення інфаркту міокарда та відновлювального лікування державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д.Стражеска» Національної академії медичних наук України (за згодою)

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна начальник відділу стандартизації медичної допомоги Департаменту оцінки медичних технологій, адміністрування державних реєстрів та моніторингу цін державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»

Електронну версію документа можна завантажити з офіційного сайту Міністерства охорони здоров'я (<http://www.moz.gov.ua>) та з Реєстру медико-технологічних документів (<https://www.dec.gov.ua/mtd/home/>).

Рецензенти

Ягенський Андрій Володимирович керівник Волинського обласного центру кардіоваскулярної патології та тромболілізу, професор кафедри сімейної медицини Волинської філії ФПДО Львівського медичного університету ім. Данила Галицького, д.м.н.

Фуркало Сергій Миколайович керівник відділу рентген-хірургічних методів діагностики та лікування Інституту хірургії та трансплантології АМН України, д.м.н., професор

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Основною метою даного УКПМД є створення ефективної системи надання медичної допомоги пацієнтам з гострим коронарним синдромом (ГКС) з елевацією сегмента ST шляхом впровадження реперфузійної терапії для максимальної кількості пацієнтів за принципом «Регіональних реперфузійних мереж» на основі можливості проведення первинних перкутанних коронарних втручань (ПКВ) і тромболітичної терапії, шляхом забезпечення можливості проведення івазивних реперфузійних процедур 24 години 7 днів на тиждень.

Протокол визначає чіткий порядок стратифікації пацієнтів з ГКС з елевацією сегмента ST залежно від симптомів захворювання, результатів лабораторних тестів і електрокардіографічних ознак ішемії міокарда на чотири основні групи, що визначає їх подальше лікування в закладах первинної медичної допомоги, екстреної медичної допомоги та спеціалізованих структурних підрозділах ЗОЗ, які функціонують згідно з чинними нормативно-правовими актами, що регулюють діяльність систем кардіологічної та кардіохірургічної допомоги)

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

3.1. ПЕРВИННА ТА ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Надання медичної допомоги пацієнтам з ГКС з елевацією сегмента ST, зокрема діагностика та лікування, починається з точки першого медичного контакту.

На догоспітальному етапі надання первинної або екстреної медичної допомоги здійснюється:

1. Бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, лікарями відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатопрофільних лікарень, які входять у систему екстреної медичної допомоги.
2. Бригадами пунктів невідкладної медичної допомоги для дорослого та дитячого населення.
3. Лікарями загальної практики - сімейними лікарями, лікарями інших спеціальностей (у випадку виявлення такого пацієнта у помешканні або під час прийому).

3.1.1. Діагностика

Положення протоколу

Попередній діагноз ГКС з елевацією сегмента ST ґрунтується на симптомах, що відповідають міокардальній ішемії, та результатах електрокардіограми (ЕКГ) у 12 відведеннях.

Обґрунтування

Швидка діагностика ознак ГКС та проведення стратифікації ризику на догоспітальному етапі скорочує час для вибору оптимального лікування та транспортування пацієнта у відповідні ЗОЗ.

Необхідні дії

Обов'язкові:

1. Збір анамнезу (див. пункт 4.2.2).
2. Проведення фізикального огляду:
 - Оцінка загального стану та життєво важливих функцій: свідомості, дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE (див. додаток 3).
 - Візуальна оцінка кольору та вологості шкірних покривів, наявності набухання шийних вен, набряків.
3. Оцінка стану серцево-судинної та дихальної системи пацієнта: вимірювання пульсу та його характеристик, ЧД та його характеристик, АТ на обох руках, перкусія та аускультация серця, аускультация легень на наявність вологих хрипів та крепітації.
4. Проведення інструментального обстеження:
 - Реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях або передача біометричних ЕКГ- сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ (див. додаток 5). У разі, коли на початку клінічних проявів ГКС відсутні електрокардіографічні ознаки, реєстрацію ЕКГ необхідно повторювати з інтервалом 20-30 хвилин.
 - Пульсоксиметрія.
5. Проведення стратифікації ризику за первинними, вторинними факторами ризику та шкалою GRACE з метою оптимізації плану транспортування пацієнта (вибір структурного підрозділу ЗОЗ).

Бажані:

Визначення рівня серцевого тропоніну (експрес-тест).

3.1.2. Лікування

Положення протоколу

Медична допомога на догоспітальному етапі повинна бути надана пацієнтам з ГКС у максимально короткі терміни від початку розвитку ознак захворювання.

Обґрунтування

Підйом сегмента ST свідчить про гостру оклюзію коронарної артерії та ішемію міокарда, тому раннє відновлення кровообігу за рахунок усунення тромбу і відновлення просвіту коронарної артерії має вирішальне значення для перебігу захворювання та сприяє зменшенню смертності та інвалідизації внаслідок цього захворювання, покращує результати лікування пацієнтів.

Необхідні дії

Обов'язкові:

1. Забезпечити положення пацієнта лежачи з піднятою злегка головою.
2. Провести оксигенотерапію пацієнтам із сатурацією менше 95%.
3. Забезпечити венозний доступ (катетеризація периферичної вени).
4. Нітрогліцерин під язик у таблетках (0,5-1,0 мг) або в аерозолі (1-2 дози або 0,4-0,8 мг) за наявності болю на момент контакту. У разі необхідності та нормальному рівні АТ повторювати прийом кожні 5-10 хв. У випадку тяжкого больового синдрому вводять в/в крапельно під постійним контролем АТ та ЧСС (див. додаток 4).
5. АСК (застосовується у випадку, якщо пацієнт її самостійно не приймав до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги) розжувати 160-325 мг. Для лікарських бригад можливе введення ацелізину 1,0.
6. За наявності протипоказань до застосування АСК можливе застосування клопідогрелю 300 мг перорально.
7. Всім пацієнтам, які транспортуються для проведення первинного ПКВ, якомога раніше показана подвійна антиагрегантна терапія (за відсутності протипоказань): тикагрелор на фоні прийому АСК або клопідогрель.
8. Бета-блокатори (пропранолол, есмолол, метопролол) усім пацієнтам з ГКС за відсутності протипоказань.
9. Наркотичні анальгетики: перевага надається морфіну – вводити дробно по 2-5 мг кожні 5-15 хв. до припинення больового синдрому та задихи або появи побічної дії (гіпотензії, пригнічення дихання, нудоти, блювання). При вираженій тривожності пацієнтів можливо застосування діазепаму.
10. Подальші дії визначаються результатами ЕКГ:
 - а) при встановленні діагнозу ГКС з підйомом сегмента ST у двох і більше відведеннях або з появою блокади лівої ніжки пучка Гіса у випадку неможливості проведення первинного ПКВ слід вирішити питання про догоспітальний тромболізис, якщо загальний час з моменту від початку болю в серці до транспортування хворого до лікарні може перевищити 60-90 хв, з подальшим транспортуванням пацієнта до спеціального структурного підрозділу ЗОЗ з метою проведення ургентної коронарографії, і за необхідності коронарного стентування в першу добу від початку симптомів ГКС (див. пункт 4.2.5);
 - б) якщо загальний час від моменту початку больового нападу більше ніж 90 хв, а час транспортування в центр (відділення) займає не більше 120 хв, пацієнт повинен транспортуватися в найближчий спеціалізований центр (відділення) для проведення ургентної коронарографії та первинного стентування без попереднього тромболізису;
 - в) при встановленні діагнозу ГКС без підйому сегмента ST (інфаркт міокарда без зубця Q і нестабільна стенокардія) медична допомога надається згідно з відповідними медико-технологічними документами.
11. Проводити контроль рівня АТ та за необхідності призначити відповідну терапію: для підвищення АТ перевага надається внутрішньовенному крапельному введенню допаміну зі швидкістю 2-10 мкг/кг/хв. під контролем

частоти серцевих скорочень та АТ, який може поєднуватися з внутрішньовенним крапельним введенням добутаміну, починаючи з дози 2,5-5 мкг/кг/хв. Для зниження АТ застосовуються β -адреноблокаторам і/або нітрати.

3.1.3. Госпіталізація

Положення протоколу

Всі пацієнти з підозрою на ГКС незалежно від статі, віку та інших факторів підлягають терміновій госпіталізації у спеціалізовані відділення кардіологічного профілю, бажано з можливостями проведення інвазивної діагностики. В разі діагностування ГКС на догоспітальному етапі (позитивний тропоніновий тест) або за наявності гемодинамічної нестабільності на фоні ішемії міокарда (депресія сегмента ST або його транзиторний підйом на ЕКГ) пацієнти можуть відразу транспортуватись до спеціалізованого структурного підрозділу ЗОЗ з метою проведення ургентної коронарографії і, за необхідності, коронарного стентування.

Якщо стан пацієнта стабільний на фоні лікування, а тест на серцевий тропонін негативний, він може бути госпіталізований до спеціалізованого структурного підрозділу ЗОЗ без можливості проведення інвазивного втручання.

Необхідні дії

Обов'язкові:

1. Під час транспортування пацієнта до ЗОЗ необхідно забезпечити моніторування стану пацієнта, проведення лікувальних заходів та готовність до проведення реанімаційних заходів.

2. Транспортування здійснюється на ношах після стабілізації стану пацієнта у відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатопрофільної лікарні, або оминаючи приймальне відділення, безпосередньо у відділення інтенсивної терапії, реанімаційне відділення, інфарктне відділення, відділення, де проводиться екстренна перкутанна коронарна ангіопластика.

3.2. ВТОРИННА (СПЕЦІАЛІЗОВАНА) ТА ТРЕТИННА (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНА) МЕДИЧНА ДОПОМОГА

3.2.1. Діагностика

Положення протоколу

Діагноз ГКС з елевацією ST встановлюється на підставі результатів обстеження за наявності як мінімум двох з наступних критеріїв:

- а) затяжний (більше 20 хв.) ангінозний напад в стані спокою;
- б) наявність типових змін ЕКГ;
- в) наявність біохімічних маркерів некрозу міокарду.

Обґрунтування

Мінімізація затримки із початком лікування, пов'язаної з організаційними та діагностичними заходами, у пацієнтів з ознаками ГКС у спеціалізованих ЗОЗ зменшує смертність та інвалідність внаслідок цього захворювання.

Необхідні дії**Обов'язкові:**

1. Збір (уточнення) анамнезу (див. пункт 4.2.2).
2. Проведення огляду та фізикального обстеження:
 - 2.1. Оцінка загального стану та життєво важливих функцій: свідомості, дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE (див. додаток 3).
 - 2.2. Оцінка кольору шкіри та слизових оболонок, вологості, наявності набухання шийних вен, набрякового синдрому.
 - 2.3. Антропометричні дані.
3. Оцінка стану серцево-судинної та дихальної системи пацієнта: вимірювання пульсу та його характеристик, ЧД та його характеристик, АТ на обох руках, перкусія та аускультация серця, аускультация легень на наявність вологих хрипів та крепітації.
4. Проведення інструментального обстеження:
 - 4.1. Реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ (див. додаток 5).
 - 4.2. Налагодження цілодобового моніторингу ЕКГ, АТ та пульсоксиметрії.
 - 4.3. Ехокардіографія.
 - 4.4. КТ-коронарографія за наявності показань (див. пункт 4.2.5).
 - 4.5. Рентгенографія органів грудної порожнини за наявності показань..
5. Лабораторне обстеження (КФК, МВ-КФК, серцевий тропонін Т або І в динаміці 2 рази, АЛТ, АСТ, калій, натрій, білірубін, креатинін, холестерин загальний, тригліцериди, глюкоза крові, загальні аналізи крові та сечі).

3.2.2. Лікування

Лікування пацієнтів з діагнозом ГКС з елевацією ST здійснюється спеціалізованому відділенні інтенсивної терапії та реанімації кардіологічного профілю впродовж ≥ 24 год; у подальшому — в іншому відділенні на ліжку із забезпеченим моніторингом ЕКГ впродовж наступних 24–48 год; переведення пацієнта у кардіологічне відділення можливе після 12–24 годинного періоду клінічної стабілізації,

Лікувальні заходи включають інвазивні та неінвазивні методи, спрямовані на відновлення коронарного кровообігу, усунення симптомів ішемії міокарда, серцевої недостатності і порушень серцевого ритму, які призводять до гемодинамічних порушень.

Обґрунтування

Оптимізація лікування відповідно до конкретної клінічної ситуації у пацієнтів з ознаками ГКС у спеціалізованих ЗОЗ зменшує смертність та інвалідізацію внаслідок цього захворювання, прискорює реабілітацію.

Необхідні дії**Обов'язкові:**

1. Забезпечити положення пацієнта лежачи з піднятою злегка головою (використання функціонального ліжка).
2. Провести оксигенотерапію всім пацієнтам із ознаками гострої серцевої недостатності, за наявності задишки (ЧД > 20 /хв.) або при зниженні показника

- насичення крові киснем нижче 95% (згідно з результатами пульсоксиметрії).
3. Забезпечити венозний доступ (катетерізація периферичних вен). У разі розвитку тяжкої серцевої недостатності, життєзагрожуючих порушень ритму, проведенні реанімаційних заходів та за необхідності визначення центрального венозного тиску доцільне встановлення центрального венозного катетеру.
 4. Медикаментозна терапія проводиться із урахуванням терапії на догоспітальному етапі):
 - 4.1. Нітрати (за умов наявності больового синдрому та клінічних проявів серцевої недостатності): для в/в введення нітрогліцерину використовують інфузійний розчин з концентрацією 100 мкг/мл (див. додаток 4).
 - 4.2. Наркотичні анальгетики: перевага надається морфіну – вводити дробно по 2-5 мг кожні 5-15 хв до припинення больового синдрому та задухи або появи побічної дії (гіпотензії, пригнічення дихання, нудоти, блювання). В разі значного пригнічення дихання на фоні введення опіоїдів показане введення налоксону (0,1-0,2 мг в/в через кожні 15 хвилин за показаннями).
 - NB! Ненаркотичні анальгетики протипоказані!**
 - 4.3. При значному психомоторному та емоційному збудженні призначити пацієнту транквілізатор (перевагу слід надавати діазепаму).
 - 4.4. АСК (якщо пацієнт не отримав її на догоспітальному етапі та за відсутності абсолютних протипоказань – алергічна реакція, активна кровотеча) – розжувати 325-500 мг.
 - 4.5. Антитромботична терапія: всім пацієнтам з ГКС призначається прасугрель 60 мг (за умов відсутності інсульту/ТІА в анамнезі, у пацієнтів < 75 років) або тикагрелор (180 мг), або клопідогрель 300 мг.
 - 4.6. Еноксапарин: 0,5 мг/кг в/в болюсно.
 - 4.7. Бета-блокатори призначаються якомога раніше усім пацієнтам з ГКС, які не мають протипоказань. Перевага надається неселективним блокаторам бета-адренорецепторів: внутрішньо або сублінгвально пропранолол до 20 мг, або метопролол до 25 мг. В/в введення бета-блокаторів – тільки у випадку гіпертензії та/або тахікардії (метопролол або есмолол).
 - 4.8. Статини: рекомендується призначити або продовжити їх прийом у високих дозах одразу ж після госпіталізації усім пацієнтам з ГКС з елевацією ST без протипоказань або непереносимості в анамнезі, незалежно від початкових показників холестерину; при непереносимості статинів призначається езетиміб.
 - 4.9. Інгібітори АПФ показані, починаючи з першої доби ГКС, пацієнтам з ознаками серцевої недостатності, систолічною дисфункцією ЛШ, цукровим діабетом та інфарктом міокарда. При непереносимості інгібіторів АПФ призначається блокатор рецепторів ангіотензину 2-го типу – валсартан 40-80 мг (в залежності від АТ), що є альтернативою інгібіторам АПФ для пацієнтів з серцевою недостатністю або систолічною дисфункцією ЛШ.
 - 4.10. Антагоністи альдостерону (спіронолактон 25 мг або еплеренон 25 мг) показані пацієнтам із фракцією викиду $\leq 40\%$ та серцевою недостатністю чи діабетом, за відсутності ниркової недостатності чи гіперкаліємії.

5. При зупинці кровообігу проводяться стандартні реанімаційні заходи; лікувальна гіпотермія проводиться відразу після реанімації з приводу зупинки серця пацієнтам з порушенням свідомості; пацієнтам, у яких наявні ЕКГ-ознаки ГКС з елевацією сегмента ST рекомендована негайна ангіографія з наміром проведення первинного ПКВ.
6. Пацієнтам, госпіталізованим в перші 24 години від початку симптомів ГКС, та ознаками гострої ішемії міокарда показано проведення перкутанних процедур з метою відновлення прохідності інфаркт-залежної коронарної артерії:
 - 6.1. Якщо строки надходження пацієнта в стаціонар ≤ 12 год., його слід негайно скерувати в катетеризаційну лабораторію для проведення невідкладного ПКВ.
 - 6.2. Якщо строки надходження пацієнта в стаціонар > 12 год., за наявності ЕКГ-ознак та клінічних симптомів гострої ішемії, пацієнт також має бути переведений в катетеризаційну лабораторію для проведення невідкладного ПКВ.
 - 6.3. Якщо строки надходження пацієнта до стаціонару > 12 год., при відсутності ЕКГ-ознак та клінічних симптомів гострої ішемії рекомендоване спостереження за пацієнтом в умовах реанімаційного відділення із призначенням стандартного моніторингу, терапії та методів обстеження.

3.2.3. Відновлення коронарного кровообігу

Положення протоколу

ПКВ залишається основним способом реперфузійної терапії пацієнтів з ГКС. Якщо пацієнт не може бути доставлений в спеціалізований стаціонар протягом 90-120 хв, з метою проведення первинного ПКВ і для реперфузійної терапії використовується фібріноліз, метою є зниження затримки реперфузії (тобто часу між первинним контактом з медичним працівником в стаціонарі і введенням голки) до ≤ 30 хв.

ПКВ проводиться на підставі результатів ургентної коронарографії та визначення ураження інфаркт-залежної коронарної артерії в анатомічно доступних для ангіопластики або стентування місцях (див. розділ 4.2.5).

Обґрунтування

Мінімізація затримки із початком лікування, пов'язаної з організаційними та діагностичними заходами, у пацієнтів з ознаками ГКС у спеціалізованих ЗОЗ зменшує смертність та інвалідізацію внаслідок цього захворювання.

Необхідні дії

1. Тромботична окклюдія або критичне звуження інфаркт-залежної коронарної артерії має лікуватися механічним втручанням (ангіопластика, стентування).

2. За наявності необхідного обладнання та матеріалів прохідність інфаркт-залежної коронарної артерії має відновлюватися стентуванням (яке має переваги над балонною ангіопластиком при проведенні первинного ПКВ).

3. Первинне ПКВ слід обмежити інфаркт-залежною судиною, за винятком кардіогенного шоку та випадків, коли активна ішемія виникає після ПКВ судини, що вважали інфаркт-залежною.

4. Якщо у пацієнта нема протипоказань до пролонгованої ПАТТ (тривала пероральна антикоагулянтна терапія або високий ризик кровотеч) і висока ймовірність того, що пацієнт дотримуватиметься режиму лікування, перевага віддається покритим стентам.

5. Аспірацію тромбів можливо застосовувати за наявності необхідного обладнання та досвіду виконання цієї процедури.

6. Периінтервенційна терапія:

6.1 Якщо на попередніх етапах пацієнт отримав дозу клопідогрелю 300 мг, слід призначити додатково ще 300 мг до початку втручання.

6.2. Інгібітори ГПР Пв/Ша призначаються, якщо дані ангіографії свідчать про наявність великого тромбу, уповільнення кровотоку (синдром no-reflow), або за наявності тромботичних ускладнень.

6.3. Ептіфібатид (подвійний болюс 180 мкг/кг в/в з інтервалом в 10 хв. з подальшою інфузією 2,0 мкг/кг/хв. впродовж 18 год)

6.4. Антикоагулянти: нефракціонований гепарин (70-100 Од/кг в/в болюсно, якщо не планується призначити інгібітори ГПР Пв/Ша), Еноксапарин (0,5 мг/кг в/в болюсно, якщо не був введений попередньо)

3.2.4. ПКВ після фібринолітичної терапії, яка проведена на догоспітальному етапі або в іншому ЗОЗ

Положення протоколу

ПКВ після фібринолітичної терапії проводиться за наявності показань:

1. ПКВ анатомічно значимих стенозів інфаркт-залежній артерії повинно бути проведено у пацієнтів з відповідною анатомією та одним із наступних:

- а) кардіогенний шок або гостра декомпенсована серцева недостатність;
- б) середній або високий ризик ішемії під час проведення неінвазивної проби з навантаженням перед випискою;
- в) спонтанна або провокована ішемія міокарду, що виникає при мінімальному фізичному навантаженні впродовж госпітального періоду.

2 Відтерміноване ПКВ є необхідним у пацієнтів з ГКС з підйомом сегмента ST та доказами неефективної реперфузії або реоклюзії після ТЛТ.

3. Відтерміноване ПКВ значимих стенозів у відкритій інфаркт залежній артерії у стабільних пацієнтів з ГІМ з підйомом сегмента ST після ТЛТ. ПКВ може бути проведене як тільки можливо, найкраще впродовж 24 годин, але не проводиться в перші 2-3 години після ТЛТ.

4. Відтерміноване ПКВ оклюзованої більше 24 годин інфаркт-залежної артерії у асимптоматичних пацієнтів з 1 або 2 судинними ураженнями у гемодинамічно та електрично-стабільних без ознак ішемії після ГІМ з підйомом сегмента ST не повинна проводитися.

Необхідні дії

1. При ПКВ після тромболітичної терапії призначається додаткова антитромботична терапія: до ПКВ – навантажувальна доза АСК разом із

фібринолітиком 150-500 мг; після ПКВ підтримуюча доза АСК 75-325 мг щоденно (надається перевага 75-100 мг).

2. Призначити навантажувальні дози інгібіторів P2Y12 рецепторів

Для пацієнтів, які отримали навантажувальну дозу клопідогрелю разом із тромболітичною терапією продовжувати прийом клопідогрелю 75 мг щодня без додаткової навантажувальної дози

Для пацієнтів, які не отримали навантажувальну дозу клопідогрелю:

а) якщо ПКВ проведено протягом 24 годин після ТЛТ: клопідогрель 300 мг навантажувальна доза перед або під час ПКВ;

б) якщо ПКВ проведено пізніше, ніж 24 годин після ТЛТ: клопідогрель 600 мг навантажувальна доза перед або під час ПКВ

в) якщо ПКВ проведено пізніше, ніж 24 годин після лікування фібрин-специфічним препаратом або протягом 48 годин після фібрин-неспецифічного препарату: прасугрел 60 мг під час ПКВ.

3.2.5. Тактика ведення пацієнта ГКС з підйомом сегмента ST у ЗОЗ, в яких відсутня можливість проведення невідкладного ПКВ

1. Якщо можливе переведення пацієнта до стаціонару, де може бути виконано ПКВ у строки ≤ 120 хв., слід негайно перевести хворого в стаціонар із наявністю катеризаційної лабораторії для проведення невідкладного ПКВ (див. додаток 8)

2. Якщо пацієнт поступає впродовж перших 2 год. від появи симптомів ГКС та низьким ризиком кровотеч, фібриноліз слід проводити, якщо час від звернення до роздування балона (в разі переведення хворого до стаціонару з ангіографічною підтримкою) буде складати > 90 хв.

3. Якщо переведення пацієнта до стаціонару з можливістю проведення ПКВ у строки ≤ 120 хв. неможливе, але строки надходження пацієнта в стаціонар ≤ 12 год. від початку захворювання, за відсутності протипоказань пацієнт має отримати фібринолітичну терапію (див. додаток 6)

4. Якщо строки надходження пацієнта в стаціонар > 12 год. від початку захворювання, за наявності ЕКГ-ознак та клінічних симптомів гострої ішемії, за умов неможливості переведення пацієнта в ангіографічну лабораторію для проведення ПКВ у строки ≤ 120 хв., пацієнт має отримати фібринолітичну терапію за відсутності протипоказань.

N.B. Після проведення тромболітичної терапії рекомендовано транспортування пацієнта до стаціонару з можливістю проведення ПКВ в період протягом 24 годин від початку симптомів !!!

3.2.6. Лікування після реперфузійних заходів

Положення протоколу

Лікування пацієнтів з ГКС з елевацією сегмента ST після реперфузійної терапії здійснюється у відділенні реанімації або кардіологічному блоці інтенсивної терапії мінімум 24 год, із забезпеченням постійного спостереження та цілодобового моніторингу основних життєвих функцій.

З метою «розвантаження» спеціалізованих стаціонарів і збільшення кількості пацієнтів, госпіталізованих для проведення первинних коронарних втручань, стабілізовані пацієнти, після успішної механічної реперфузії, можуть у ранні терміни переводитися в інші кардіологічні стаціонари (без можливості проводити первинні втручання) для завершення лікування.

Необхідні дії

Обов'язкові:

1. Ретельний моніторинг стану пацієнта слід проводити протягом 48-72 годин.

2. Пацієнтам з ГКС з елевацією сегмента ST для зменшення навантаження на міокард необхідно обмежити фізичне навантаження, забезпечити повний психологічний спокій, не допускати самотійного пересування пацієнта до встановлення ступеня та тяжкості інфаркту, виключення ускладнень.

3. Пацієнтам з ГКС, які курять, слід надати рекомендації щодо відмови від куріння та скерувати для участі в програмах відмови від куріння.

4. Антитромботична терапія: АСК в підтримуючій дозі 75-100 мг/добу + тикагрелор в підтримуючій дозі 90 мг двічі на добу або клопідогрель в підтримуючій дозі 75 мг/добу.

5. Антикоагулянтна терапія після проведення ПКВ проводиться за наявності показань, а саме: для профілактики тромботичних та емболічних ускладнень. (призначають фондапаринукс або, за його недоступності, НФГ та/або еноксапарин).

6. Пероральний прийом бета-блокаторів під час перебування в стаціонарі та після виписки рекомендований всім пацієнтам з ГКС, у яких немає абсолютних протипоказань. Найбільший позитивний ефект спостерігається при призначенні бета-блокаторів пацієнтам із серцевою недостатністю та дисфункцією ЛШ. Слід уникати в/в введення бета-блокаторів у пацієнтів з гіпотонією та серцевою недостатністю. В/в введення бета-блокаторів при поступленні рекомендоване у пацієнтів без протипоказань з високим АТ, тахікардією та відсутністю ознак серцевої недостатності. Можна розглянути питання призначення верапамілу або дилтіазему для вторинної профілактики пацієнтам з абсолютними протипоказаннями до бета-блокаторів та без серцевої недостатності і за наявності ФВ > 45%.

7. Статини у високих дозах слід призначати одразу ж при госпіталізації або продовжити давати статини у високих дозах усім пацієнтам з ГКС без протипоказань або непереносимості в анамнезі, незалежно від початкових показників холестерину; при непереносимості статинів слід розглянути лікування езетимібом. Метою такого лікування є концентрація холестерину ЛПНЩ <1,8 ммоль/л (<70 мг/дл) – бажаний рівень <1,4 ммоль/л або його зниження на 50% і більше. Рівні ліпідів повинні повторно оцінюватись через 4-6 тижнів після ГКС для визначення того, чи були досягнуті цільові значення.

8. Інгібітори АПФ показані, починаючи з першої доби ГКС без елевації ST, пацієнтам з ознаками серцевої недостатності, систолічною дисфункцією ЛШ, цукровим діабетом та інфарктом міокарда. Слід розглянути доцільність призначення інгібіторів АПФ усім пацієнтам, у яких немає протипоказань.

9. БРА, при непереносимості інгібіторів АПФ, є альтернативою інгібіторам АПФ для пацієнтів з серцевою недостатністю або систолічною дисфункцією ЛШ.

10. Антагоністи альдостерону, наприклад, еплеренон, показані пацієнтам із фракцією викиду ЛШ $\leq 40\%$ та серцевою недостатністю, артеріальною гіпертензією чи цукровим діабетом, при відсутності ниркової недостатності чи гіперкаліємії.

11. Внутрішньовенні нітропрепарати можуть бути корисними під час гострої фази пацієнтам з гіпертензією або серцевою недостатністю, при відсутності гіпотензії, інфаркту міокарда правого шлуночка і якщо не використовувались інгібітори 5-фосфодіестерази протягом попередніх 48 годин. У гострій та стабільній фазі нітропрепарати залишаються важливими засобами для контролю симптомів стенокардії.

12. Слід рекомендувати застосування інгібітора протонної помпи на період проведення антитромботичної терапії у разі високого ризику шлунко-кишкових кровотеч.

13. Лікування ускладнень (див. пункт 4.5)

3.4. РЕАБІЛІТАЦІЯ

Обґрунтування

Регулярна фізична активність та навантажувальні тренування, що складають програму кардіореабілітації, позитивно впливають на різні фактори ризику: зростання фібринолітичної та зниження коагулянтної активності, протизапальні ефекти, покращення автономної функції, попередження та відновлення залежного від віку зниження ендотелій-залежної вазодилатації. Користь від фізичного тренування полягає у сповільненні прогресування коронарної хвороби серця.

Необхідні дії

Обов'язкові:

1. Під час госпіталізації потрібно дати індивідуалізовані поради щодо зміни способу життя і корекції факторів ризику.

2. Для розробки рекомендацій необхідно оцінити ризик на підставі фізичної активності, анамнезу та результатів навантажувального тесту.

3. Доцільно провести симптом-обмежувальний навантажувальний тест після клінічної стабілізації чи субмаксимальний навантажувальний стрес-тест у відібраних випадках.

4. Виконання навантажувальної проби (з фізичним навантаженням, стрес ЕхоКГ) перед випискою дозволяє уточнити ризик та визначити показання до передвиписної коронарної ангіографії для оцінки доцільності планової хірургічної реваскуляризації.

3.4.1 Реабілітація у стаціонарі

Обґрунтування

При неускладненому перебігу фізичну активність можна починати наступного дня. Після великого та/або ускладненого міокардіального ураження фізичну активність можна починати після клінічної стабілізації та поступово

збільшувати залежно від симптомів.

При збереженій фізичній здатності без клінічних симптомів пацієнт може відновити звичайну фізичну активність тривалістю 30-60 хв. (швидка хода), доповнюючи збільшенням денної активності (такі як прискорення ходьби на роботі, у саду чи домашня робота); в інших випадках пацієнт може відновлювати фізичну активність на рівні 50% від максимальної фізичної здатності з поступовим зростанням.

Фізична активність полягає у ходьбі, підйомі сходами та їзді на велосипеді.

Необхідні дії

Обов'язкові:

1. При неускладненому STEMI та після нестабільної стенокардії до виписки освоюється підйом на східчастий проліт в 22 сходи та дистанційна ходьба на 1000 метрів за один етап.

2. Активізація проводиться під контролем ЧСС, АТ та ЕКГ (реєстрація до і після дистанційної ходьби не рідше 1 разу на тиждень, а також до і після освоєння сходів).

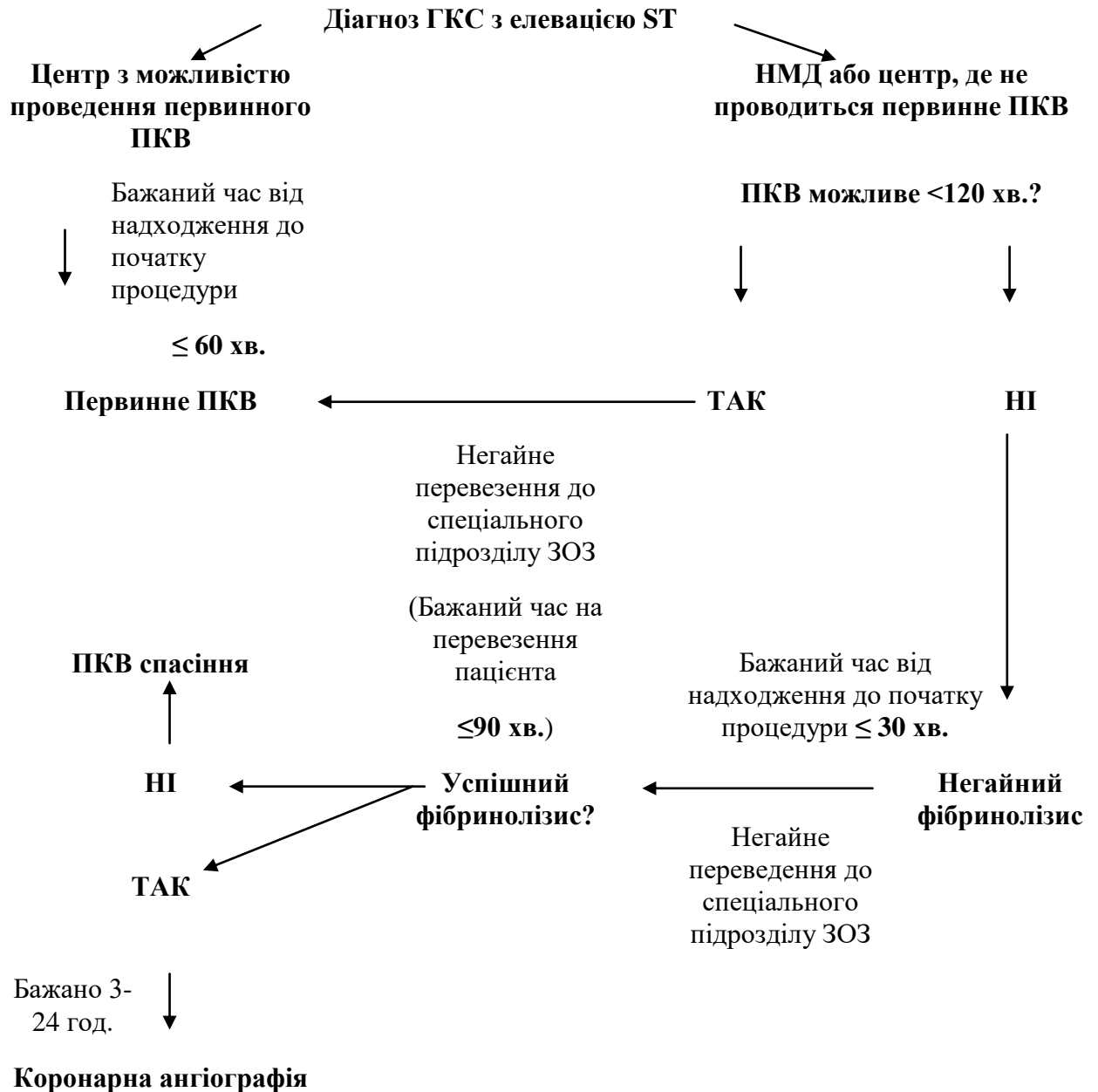
3. Допускається збільшення частоти серцевого ритму на 20 ударів за хвилину в порівнянні зі спокоєм, але не більше ніж до 100-105 ударів за хвилину за абсолютним значенням. Підйом систолічного АТ не може перевищувати 20 мм рт.ст., а діастолічного 10 мм рт.ст., при зниженні вказаної величини в порівнянні зі станом спокою на 10 мм рт.ст. для систолічного АТ і 5 мм рт.ст. для діастолічного АТ. При цьому абсолютні величини АТ не повинні перевищувати 140/90 мм рт.ст.

4. Пацієнти, яким в гострому періоді проведена реваскуляризація міокарда за рахунок ангіопластики чи стентування, переважно входять до I групи (неускладнений перебіг).

5. У випадках ускладненого перебігу інфаркту міокарда (II група) і захворювань, які призводять до важкого фізичного стану пацієнта, ті ж результати активізації досягаються пізніше, завдяки чому затримується розширення рухового режиму та підсилюється медикаментозне лікування.

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

4.1. АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З ГКС З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST ПРИ НАДХОДЖЕННІ В СТАЦІОНАР



ЕКГ – електрокардіограма; НМД – невідкладна медична допомога; ПКВ – черезшкірне коронарне втручання; ГКС з елевацією ST – інфаркт міокарду з елевацією сегмента ST

4.2. Діагностика

4.2.1. Формулювання діагнозу

Діагноз має бути сформульований на підставі результатів обстеження, причому діагноз **гострого коронарного синдрому з елевацією ST** має бути виставлений при наявності наступних факторів:

1. Затяжний (більше 20 хв.) ангінозний біль у стані спокою.
2. Наявність типових змін ЕКГ (або в суперечливих випадках наявність змін на ЕКГ, які можуть бути розцінені як еквівалент типових).
3. Наявність біохімічних маркерів некрозу міокарду (критерії, що є верифікуючим у суперечливих випадках, проте не треба очікувати результатів біохімічного аналізу, якщо це може призвести до значної затримки із початком лікування).
4. Результати ехокардіографічного дослідження мають діагностичне значення лише в суперечливих випадках (відсутність принаймні двох з трьох вищенаведених ознак гострого коронарного синдрому з елевацією сегмента ST та/або за необхідності провести диференціальний діагноз із ексудативним перикардитом, масивною легеневою емболією або розшаруванням стінки висхідної гілки аорти).

4.2.2. Збір анамнезу

1. Збір анамнезу захворювання:

- 1.1. Встановити точний час від початку нападу болю в грудях та його тривалість.
- 1.2. Встановити характер болю, його локалізацію та іррадіацію.
- 1.3. Оцінити медикаментозне лікування догоспітального періоду, включаючи самостійні спроби пацієнта зняти біль (прийом нітропрепаратів, АСК, антигіпертензивних препаратів у разі підвищення АТ та ін.).
- 1.4. Встановити, за яких умов виник біль – чи пов'язаний він з фізичним, психоемоційним навантаженням.
- 1.5. Оцінити фактор наявності болю у грудях до розвитку стану, пов'язаного з госпіталізацією (з'ясувати давність появи цих симптомів, визначити, чи виникали напади болю або задухи під час ходьби, чи примушували зупинятися, їх тривалість у хвилинах; оцінити, чи знімалися ці напади нітрогліцерином).
- 1.6. Якщо встановлений факт наявності болю у грудях в анамнезі, оцінити, чи схожий напад болю або задухи, що призвів до госпіталізації, на ті відчуття, що виникали раніше при фізичному та/або емоційному навантаженні за локалізацією та характером.
- 1.7. Оцінити фактор збільшення частоти та/або інтенсивності ангінозних симптомів, зменшення толерантності до фізичного навантаження (чи збільшення потреби у нітратах) за період безпосередньо перед станом, який призвів до госпіталізації.
- 1.8. Встановити наявність ІМ або нестабільної стенокардії в анамнезі, проведення АКШ або коронарної ангіопластики в минулому.

2. Збір анамнезу життя:

- 2.1. Встановити, які лікарські засоби приймає пацієнт щоденно.

2.2. Встановити, які лікарські засоби приймав пацієнт безпосередньо перед госпіталізацією.

2.3. З'ясувати наявність факторів ризику розвитку серцево-судинних подій: артеріальна гіпертензія, серцева недостатність, тютюнопаління, вживання алкоголю та токсичних засобів, цукровий діабет, гіперхолестеринемія, сімейний анамнез серцево-судинних захворювань. Виявити в анамнезі інші супутні захворювання: порушення ритму серця, порушення мозкового кровообігу, онкологічні захворювання, хронічні захворювання нирок, виразкову хворобу шлунку та 12-палої кишки, захворювання крові та наявність у минулому кровотеч, хронічне обструктивне захворювання легень тощо.

2.4. З огляду на можливість призначення в подальшому пацієнту антикоагулянтної терапії, слід окремо оцінити наявність у пацієнта наступних факторів ризику кровотечі (див. п. 4.1.3).

3. Загальний алергологічний анамнез.

4.2.3. Протипоказання до фібринолітичної терапії

<i>Абсолютні</i>
Попередній внутрішньочерепний крововилив або інсульт неясного генезу в будь-який час у минулому
Ішемічний інсульт в попередні 6 місяців
Ушкодження ЦНС або новоутворення, або артеріовенозна мальформація
Нещодавня значна травма/операція/ушкодження голови (в попередній місяць)
Шлунково-кишкова кровотеча протягом попереднього місяця
Відоме захворювання, що супроводжується кровотечею (виключаючи менструальні цикли)
Розшарування аорти
Пункції в місцях, що не піддаються здавлюванню, в попередні 24 години (наприклад, біопсія печінки, люмбальна пункція)
<i>Відносні</i>
Транзиторна ішемічна церебральна атака в попередні 6 місяців
Прийом антикоагулянтів всередину
Вагітність або 1 тиждень після пологів
Рефрактерна артеріальна гіпертензія (сistolічний АТ більше 180 мм рт. ст. та (або) діастолічний АТ більше 110 мм рт. ст.)
Захворювання печінки в прогресуючій стадії
Інфекційний ендокардит
Загострення виразкової хвороби
Тривала або травматична реанімація

4.2.4. Визначення ступеня серцевої недостатності за класифікацією Кілліп-Кімбалл:

Клас I відповідає відсутності хрипів або третього тону серця;

Клас II – застій в легенях з хрипами в <50% легеневого поля, синусна тахікардія або третій тон серця;

Клас III – набряк легень з хрипами в більше ніж 50% легеневого поля;

Клас IV – кардіогенний шок або набряк легенів з гіперперфузією.

4.2.5. Показання для проведення КТ-коронарографії

Ургентними показаннями для проведення коронарографії є:

1. Елевация сегмента ST на 1 та більше мм у двох суміжних стандартних відведеннях ЕКГ чи на 2 та більше мм у двох суміжних грудних відведеннях ЕКГ в перші 24 годин від моменту розвитку больового синдрому, блокада лівої ніжки пучка Гіса, що гостро виникла.
2. Істиний кардіогенний шок з підйомом сегмента ST при першій можливості від моменту захворювання та бажано протягом 1 години від розвитку шоку.

Невідкладними показаннями для проведення коронарографії є:

1. Рецидивуючий больовий синдром у хворих на інфаркт міокарда в перші 24 години захворювання незалежно від глибини та локалізації ураження.
2. Розвиток постінфарктної стенокардії у строки більше 72 годин від початку інфаркта міокарду.
3. Наявність ішемії міокарду (динаміка сегмента ST) за даними навантажувального тестування у хворих на інфаркт міокарда перед випискою зі стаціонару.

4.3. Лікування

Антитромботична терапія

Антитромботична терапія є обов'язковою для всіх пацієнтів із ГКС без елевачії сегмента ST незалежно від проведення інвазивного втручання. Під час вибору терапії необхідно однаково враховувати ризик ішемії та кровотечі у пацієнта.

Таблиця 1 Дози антитромботичних препаратів і антикоагулянтів для лікування пацієнтів з первинною ПКВ або за відсутності реперфузійної терапії

Дози парентеральних антикоагулянтів і антитромботичних препаратів при первинній ПКВ	
Антитромботичні препарати	
АСК	Навантажувальна доза 150–300 мг перорально або 75–250 мг в/в, а потім підтримуюча доза 75–100 мг на добу
Клопідогрель	Навантажувальна доза 600 мг перорально, а потім підтримуюча доза 75 мг на добу
Прасугрель	Навантажувальна доза 60 мг перорально, підтримуюча доза 10 мг на добу Пацієнтам з масою тіла ≤60 кг рекомендована підтримуюча доза 5 мг/добу Прасугрель протипоказаний пацієнтам з інсультом в анамнезі. Пацієнтам віком ≥75 років прасугрель

	здебільшого не рекомендований, але слід застосовувати дозу 5 мг на добу, якщо вважається, що лікування необхідне
Тикагрелор	Навантажувальна доза 180 мг перорально, а потім підтримуюча доза 90 мг 2 рази на добу
Ептифібатид	Подвійний болюс 180 мкг/кг в/в (з 10-хвилинним інтервалом), а потім інфузія 2,0 мкг/кг/хв не більше 18 годин
Тірофібан	25 мкг/кг протягом 3 хв в/в, а потім підтримуюча інфузія 0,15 мкг/кг/хв не більше 18 годин
Парентеральні антикоагулянти	
НФГ	70–100 МО/кг в/в болюс, якщо не використовуються інгібітори ГП-рецепторів ІІв/ІІа тромбоцитів. 50–70 МО/кг в/в болюс, якщо плануються інгібітори ГП-рецепторів ІІв/ІІа тромбоцитів
Еноксапарин	0,5 мг/кг болюс в/в
Дози парентеральних антикоагулянтів і антитромботичних препаратів за відсутності реперфузійної терапії	
Антитромботичні препарати	
АСК	Навантажувальна доза 150–300 мг перорально, а потім підтримуюча доза 75–100 мг/добу
Клопідогрель	Навантажувальна доза 300 мг перорально, а потім підтримуюча доза 75 мг/добу
Парентеральні антикоагулянти	
НФГ	Дози, як при фібринолітичній терапії (див. <i>таблицю 2</i>)
Еноксапарин	Дози, як при фібринолітичній терапії (див. <i>таблицю 2</i>)
Фондапаринукс	Дози, як при фібринолітичній терапії (див. <i>таблицю 2</i>)

Таблиця 2 Дози фібринолітичних лікарських засобів і супутніх антитромботичних лікарських засобів

Лікарський засіб	Початок лікування	Особливі протипоказання
Дози фібринолітиків		
Стрептокіназа	1,5 млн. одиниць протягом 30–60 хв в/в	Попередня терапія стрептокіназою або аністреплазою
Альтеплаза (tPA)	15 мг болюс в/в, потім 0,75 мг/кг в/в протягом 30 хв (до 50 мг), потім 0,5 мг в/в протягом 60 хв (до 35 мг)	
Тенектеплаза (TNK-tPA)	Одноразовий в/в болюс: 30 мг (6000 МО) якщо маса <60 кг; 35 мг (7000 МО) якщо маса від 60 до <70 кг;	

	<p>40 мг (8000 МО) якщо маса від 70 до <80 кг; 45 мг (9000 МО) якщо маса від 80 до <90 кг; 50 мг (10000 МО) якщо маса ≥ 90 кг. Рекомендовано зменшити дозу до $\frac{1}{2}$ для пацієнтів віком ≥ 75 років.¹²¹</p>	
Дози супутніх антитромботичних лікарських засобів		
АСК	<p>Навантажувальна доза 150–300 мг перорально (або 75–250 мг в/в у разі неможливості перорального прийому) з подальшою підтримуючою дозою 75–100 мг на добу</p>	
Клопідогрель	<p>Навантажувальна доза 300 мг перорально з подальшою підтримуючою дозою 75 мг/добу Для пацієнтів віком ≥ 75 років навантажувальна доза 75 мг з подальшою підтримуючою дозою 75 мг/добу</p>	
Дози супутніх антикоагулянтів		
Еноксапарін	<p>Пацієнтам віком <75 років: 30 мг в/в болюс, а потім через 15 хвилин 1 мг/кг п/ш кожні 12 годин до виконання реваскуляризації або до виписки зі стаціонару, максимально 8 діб. Перші дві п/ш ін'єкції — не більше 100 мг на ін'єкцію. Пацієнтам віком ≥ 75 років: без в/в болюса, перша п/ш доза 0,75 мг/кг, максимально 75 мг на ін'єкцію для перших двох п/ш доз. Пацієнтам з рШКФ <30 мл/хв/1,73 м², незалежно від віку, п/ш ін'єкція одноразово кожні 24 години</p>	
НФГ	<p>60 МО/кг в/в болюс, максимально 4000 МО з подальшою в/в ін фузією 12 МО/кг максимально 1000 МО/год протягом 24-48 годин. Цільовий аЧТЧ: 50–70 сек або у 1,5–2,0 рази вище норми з контролем через 3, 6, 12 і 24 години.</p>	

Фондапаринукс (лише зі стрептокіназою)	2,5 мг в/в болюс з подальшим п/ш введенням 2,5 мг — 1 раз на добу до 8 діб або виписки зі стаціонару	
--	--	--

4.4. Лікування ускладнень

Серцева недостатність

1. Дисфункція міокарда часто спостерігається під час гострої та наступних фаз після інфаркту міокарда з елевацією сегмента ST. ГІМ з елевацією сегмента ST призводить до трансмурального ураження і/або мікросудинної обструкції, особливо передньої стінки. Систолічна дисфункція серця з патологічним ремоделюванням і клінічними симптомами й ознаками серцевої недостатності може ускладнити гостру фазу і призвести до хронічної серцевої недостатності. Серцева недостатність може також бути наслідком постійних аритмій або механічних ускладнень інфаркту міокарда з елевацією сегмента ST.

2. Оцінка гемодинаміки повинна базуватись на ретельному медичному огляді, постійній телеметрії серця та ритму за допомогою ЕКГ, контролі насичення киснем, контролі кров'яного тиску і кількості сечі, що виділяється за годину.

3. Пацієнти з підозрою на серцеву недостатність повинні якнайшвидше пройти обстеження за допомогою трансторакальної ехокардіографії/оплерографії. Ехокардіографія повинна використовуватись для оцінки функції та об'єму лівого шлуночка, функції клапанів, ступеня ураження міокарда, і для виявлення механічних ускладнень.

4. Рентгенографія грудної клітки дозволяє оцінити ступінь легеневого застою і виявити інші важливі стани, такі як легенева інфекція, хронічне захворювання легень і плевральний випіт.

5. Швидке покращення функції шлуночків, звичайно, спостерігається після успішної ранньої реваскуляризації інфаркт-залежної артерії за допомогою черезшкірного коронарного втручання.

Кардіогенний шок

1. Кардіогенний шок залишається основною причиною смерті, причому госпітальна смертність від кардіогенного шоку наближається до 50%. Пацієнти, як правило, мають гіпотензію, ознаки низького хвилинного об'єму серця (тахікардію, збудження, олігурію, холодні кінцівки) і застій в легенях. Кардіогенний шок, звичайно, пов'язується зі значним ураженням лівого шлуночка, але може спостерігатись і при інфаркті правого шлуночка.

2. Гемодинамічними критеріями кардіогенного шоку є серцевий індекс $< 2,2$ л/хв/м², підвищений тиск заклинювання легеневих артерій > 18 мм рт.ст. Діурез, як правило, < 20 мл/год. Діагноз шоку також ставиться у випадках, якщо для підтримки систолічного кров'яного тиску на рівні > 90 мм рт.ст. треба вводити внутрішньовенні інотропні засоби і/або внутрішньоаортальний балон-насос.

3. Стабілізація гемодинаміки досягається за допомогою медикаментозної терапії або механічної підтримки кровообігу і термінової реваскуляризації за допомогою ПКВ або операції АКШ.

4. Медикаментозне лікування кардіогенного шоку включає призначення антитромботичних засобів, інфузію розчинів, судинозвужуючих засобів та інотропних препаратів.

Серцева недостатність після інфаркту міокарда з елевацією сегмента ST

1. Ретельний збір анамнезу, включаючи попередні види терапії, та об'єктивний огляд з оцінкою стану гемодинаміки пацієнта. Дуже важливо виявити та лікувати порушення передсердного та шлуночкового ритму, дисфункцію клапанів, післяінфарктну ішемію і гіпертензію. Супутні захворювання, такі як інфекція, легеневі захворювання, ниркова дисфункція, діабет, анемія або інші порушення лабораторних показників, часто також вносять свій вклад в клінічну картину.

2. Пацієнти із серцевою недостатністю часто потребують кисневої терапії і контролю насичення киснем за допомогою пульс-оксиметра з цільовим значенням понад 95% (90% у пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень) і періодичного аналізу газів крові. Треба виявляти обережність, щоб уникнути гіперкапнії у таких пацієнтів.

3. При помірній серцевій недостатності (клас II по Кілліпу) внутрішньовенні петльові діуретики і/або внутрішньовенні нітропрепарати, як правило, ефективно знижують кінцево-діастолічний тиск і зменшують застій та задишку. Якщо є гіпертензія, вона повинна швидко лікуватись для запобігання подальшої декомпенсації. Інгібітори АПФ/БРА й антагоністи альдостерону зменшують задишку і процес ремоделювання та покращують виживаності, і їх можна починати давати за відсутності гіпотензії, гіповолемії або ниркової дисфункції.

Фібриляція передсердь

1. В/в бета-блокатори чи антагоністи кальцію недигідропіридинового ряду (дилтіазем, верапаміл) за відсутності симптомів СН.

2. Аміодарон перорально чи в/в.

Внутрішньовенне болюсне введення: рекомендована доза аміодарону складає 5 мг/кг і повинна вводиться протягом не менше 3 хвилин. Повторне введення слід проводити не раніше, ніж через 15 хвилин після першого введення. При необхідності продовження лікування слід застосовувати внутрішньовенну інфузію.

Пероральне застосування: початкова доза ділиться на декілька прийомів і складає від 600-800 мг до (до максимальної 1200 мг) на добу до досягнення сумарної дози 10 г (зазвичай протягом 5-8 днів).

3. Електрична кардіоверсія – за відсутності ефекту фармакологічних втручань;

4. В/в аміодарон для відновлення ритму у стабільних пацієнтів з недавньою (до 48 годин) фібриляцією передсердь; в/в інфузія: рекомендована навантажувальна доза складає 5 мг/кг маси тіла пацієнта, розчиняється в 250 мл 5% розчину глюкози протягом від 20 хв до 2 годин. Введення можна

повторювати 2-3 рази протягом 24 год. Швидкість інфузії слід коригувати у відповідності з результатами.

Шлуночкова аритмія

1. Кардіоверсія (при фібриляції шлуночків, шлуночкової тахікардії).
2. Мономорфна ШТ, рефрактерна до кардіоверсії: в/в аміодарон
3. Поліморфна ШТ:
 - в/в бета-блокатори (под контролем гемодинамики);
 - в/в аміодарон (капельно до 1200 мг в сутки);
 - ургентна ангиографія за наявності ішемії міокарда;
4. Корекція електролітного дисбалансу - рівень калію вище 4,5 ммоль/л

Синусова брадикардія

1. Якщо синусова брадикардія супроводжується вираженою гіпотензією, слід призначити внутрішньовенне введення атропіну, починаючи з дози 0,25-0,5 мг і повторюючи до загальної дози 1,5-2,0 мг.

2. Якщо брадикардія не реагує на атропін, рекомендується тимчасова електрокардіостимуляція.

Атріовентрикулярна блокада

1. Атріовентрикулярна блокада першого ступеня не потребує лікування.
2. Атріовентрикулярна блокада другого ступеня першого типу (блокада Мобітц I типу або блокада Венкебаха)

При появі небажаних гемодинамічних ефектів спочатку треба ввести атропін. Якщо атропін не допоможе, треба забезпечити електрокардіостимуляцію. Засоби, що знижують атріовентрикулярну провідність, такі як бета-блокатори, верапаміл або аміодарон, протипоказані.

3. Атріовентрикулярна блокада другого типу другого ступеня (блокада Мобітц II типу) і повна атріовентрикулярна блокада може бути показанням до введення електроду для електрокардіостимуляції. Питання про ревазуляризацію повинне завжди швидко розглядатись для пацієнтів, які ще не одержали реперфузійну терапію.

Механічні ускладнення з боку серця

Пацієнти з високим ризиком ускладнень (пацієнти старшого віку, з симптомами СН класу II-IV по Кілліпу, трьохсудинним ураження, інфарктом передньої стінки, тривалою ішемією або зниженим кровотоком за шкалою ТІМІ) потребують ретельного контролю. Деякі механічні ускладнення можуть спостерігатись у перші дні після розвитку інфаркту міокарда без елевації сегмента ST. Усі такі ускладнення загрожують життю пацієнта і повинні швидко діагностуватись та лікуватись. Повторні клінічні огляди (не менше двох разів за день) можуть виявити новий серцевий шум, який може свідчити про мітральну регургітацію або дефект міжшлуночкової перетинки, що можна підтвердити негайно проведеною ехокардіографією. Для пацієнтів, які вимагають термінової операції з приводу серйозного механічного ускладнення, під час операції, як правило, повинне виконуватись аорто-коронарне шунтування, якщо воно доступне.

Недостатність мітрального клапана

Недостатність мітрального клапана може спостерігатись під час підгострої фази через розширення лівого шлуночка, дисфункцію папілярних м'язів або розрив верхівки папілярного м'яза чи хорд серця. Вона часто виявляється як раптове порушення гемодинаміки з гострою задишкою, застоєм крові в легенях і появою нового систолічного шуму в серці, який в таких випадках може виявитись недооціненим. Початковий діагноз ставиться на основі клінічного огляду, проте він повинен негайно підтверджуватись екстреною ехокардіографією. набряк легень і кардіогенний шок можуть розвинути дуже швидко.

1. Зниження постнавантаження серця для зменшення об'єму регургітації та застою в легенях, якщо дозволяє артеріальний тиск.

2. Внутрішньовенний діуретик і підтримка вазопресорними/інотропними засобами, а також використання внутрішньоаортального балон-насоса може стабілізувати стан пацієнта при підготовці до ангіографії та операції.

3. Проводиться хірургічна корекція або заміна клапана.

Зовнішній розрив серця

Розрив вільної стінки лівого шлуночка може спостерігатись під час підгострої фази на фоні трансмурального інфаркту міокарда і може проявитись раптовим болем і серцево-судинною недостатністю з електромеханічною дисоціацією. Розвиток гемоперикарду і тампонади, як правило, швидко стає фатальним. Діагноз підтверджується методом ехокардіографії. Підгострий розрив вільної стінки через закупорку тромбом може надати час для пункції перикарда і негайної операції.

Розрив міжшлуночкової перетинки

Розрив міжшлуночкової перетинки призводить до швидкого клінічного погіршення стану з розвитком гострої серцевої недостатності і грубим систолічним шумом серця. Діагноз підтверджується методом ехокардіографії, яка дозволяє диференціювати розрив міжшлуночкової перетинки і гостру недостатність мітрального клапана, а також визначити місцезнаходження і кількісні характеристики розриву. Подальший скид крові зліва направо може призвести до ознак і симптомів нової гострої недостатності правих відділів серця.

1. Внутрішньоаортальний балон-насос може стабілізувати стан пацієнта при підготовці до ангіографії та операції.

2. Внутрішньовенні діуретики і вазодилататори повинні обережно призначатись пацієнтам з гіпотензією.

3. Негайно вимагається реконструктивне хірургічне втручання. Рання операція пов'язується з високим рівнем смертності і високим ризиком повторного розриву шлуночка, а відкладена у часі операція дозволяє легше здійснювати реконструкції перетинки в тканині після рубцювання, проте має ризик розширення розриву, тампонади і смерті в період очікування на операцію. Методом вибору лікування гострого дефекту міжшлуночкової перетинки внаслідок розриву є ендovasкулярне закриття оклюдером, в закладах високоспеціалізованої кардіохірургічної допомоги.

Інфаркт міокарда правого шлуночка

Інфаркт міокарда правого шлуночка може спостерігатись окремо або, значно частіше, у поєднанні з інфарктом передньої стінки міокарда. Він часто виявляється як тріада ознак: гіпотензія, чисті легеневі поля і підвищений яремний венозний тиск.

1. Визначення у пацієнтів з переднім інфарктом міокарда з елевацією сегмента ST і гіпотензією елевацію сегмента ST на ≥ 1 мВ у V_1 і V_4R .
2. Доплерівська ехокардіографія.
3. Навантаження рідиною, яке підтримує тиск наповнення правого шлуночка, є ключовою терапією для уникнення або лікування гіпотензії.
4. Слід уникати діуретиків і судинорозширювальних засоби, оскільки вони можуть посилити гіпотензію.

Перикардит

Перикардит виявляється як рецидивуючий біль в грудях, як правило гострий і, на відміну від рецидивів ішемії, пов'язаний з положенням тіла і диханням. Часто на ЕКГ спостерігається повторна елевація сегмента ST, проте він зазвичай незначний і повільно наростаючий, що дозволяє відрізнити його від різкої повторної елевації сегмента ST, що характерно для коронарної оклюзії, наприклад, через тромбоз стенту. Безперервний шум тертя перикарду може підтвердити діагноз, проте він часто буває відсутній, особливо, при значному перикардіальному випоті.

1. Ехокардіографія дозволяє виявити та кількісно охарактеризувати розмір випоту, якщо він присутній, і виключити геморагічний ексудат з тампонадою.
2. Біль, як правило, реагує на високі дози АСК.
3. Слід уникати тривалого використання нестероїдних протизапальних засобів через ризик розвитком аневризми або розриву.
4. Пункція перикарда показана при порушенні гемодинаміки з ознаками тампонади.

Аневризма лівого шлуночка

У пацієнтів з великим трансмуральним інфарктом міокарда, особливо передньобоківим, може спостерігатись патологічне ремоделювання лівого шлуночка з розвитком аневризми лівого шлуночка. Це часто призводить до комбінованої систолічної та діастолічної дисфункції та мітральної регургітації.

Доплерівська ехокардіографія дозволяє оцінити об'єм лівого шлуночка, фракцію викиду, ступінь порушень руху стінки і виявити пристінковий тромб, який вимагає антикоагулянтної терапії.

Інгібітори АПФ/БРА та антагоністи альдостерону зменшують процеси ремоделювання при трансмуральному інфаркті міокарда та покращують виживання і повинні призначатись якнайшвидше після стабілізації гемодинаміки. У таких пацієнтів часто розвиваються симптоми й ознаки хронічної серцевої недостатності, і вони повинні лікуватись відповідно до протоколів лікування серцевої недостатності.

4.5. Протипоказані та nereкомендовані втручання у пацієнтів з ГКС:

1. Не застосовувати для знеболення комбінацію метамізолу натрію з діфенгідраміном.
2. Протипоказане введення лікарських засобів внутрішньом'язово, оскільки це унеможливає в подальшому проведення тромболізу та сприяє хибному результату при визначенні рівня креатинфосфокінази.
3. Протипоказане профілактичне застосування лідокаїну (ризик виникнення блокад серця)
4. Протипоказане застосування атропіну для профілактики вагомиметичних ефектів морфіну (нудоти та блювання, підвищення частоти серцевих скорочень, може поглибити ішемію міокарда, сприяти порушенню ритму).
5. Протипоказане застосування дипіридамолу, міотропних спазмолітиків (викликає синдром обкрадання)
6. Антитромботична терапія на фоні гіпертензивного кризу протипоказана (ризик внутрішньочерепних крововиливів та кровотечі) і можлива лише після стабілізації артеріального тиску
7. Призначення серцевих глікозидів в гострому періоді захворювання для контролю за ЧСС при суправентрикулярних тахікардіях небажане через підвищення ризику життєзагрожуючих шлуночкових аритмій
8. При виникненні кровотеч лікування проводити згідно з відповідними медико-технологічними документами

IV. Ресурсне забезпечення виконання протоколу

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні клінічних маршрутів пацієнтів (КМП) має перевірятися реєстрація в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до КМП

1. Вимоги для закладів, які надають екстрену медичну допомогу

1.1. Кадрові ресурси

Лікар зі спеціалізацією «медицина невідкладних станів» та/або фельдшер, медична сестра.

1.2. Матеріально-технічне забезпечення

Обладнання

Апарат для штучної вентиляції легень ручний, електрокардіограф багатоканальний, пульсоксиметр, тонометр з набором манжет для вимірювання артеріального тиску на руках, фонендоскоп/стет фонендоскоп, язикотримач та інше відповідно до таблиця оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

1. Нітрати: нітрогліцерин;
2. Препарати ацетилсаліцилової кислоти: ацетилсаліцилова кислота, ацелізін;
3. Антиагреганти: клопідогрель;
4. Бета-адреноблокатори: есмолол, метопролол;
5. Адреноміметичні лікарські засоби: добутамін;
6. Наркотичні анальгетики: морфін, тримеперидин;
7. Анксиолітики: діазепам;
8. Кровозамінники та перфузійні розчини: натрію хлорид, глюкоза.

2. Вимоги для закладів, які надають первинну медичну допомогу

2.1. Кадрові ресурси

Лікар загальної практики – сімейний лікар, який має сертифікат, пройшов післядипломну підготовку в дворічній інтернатурі або на 6-місячному циклі спеціалізації, лікар-терапевт, лікар-терапевт дільничний, медична сестра загальної практики-сімейної медицини.

2.2. Матеріально-технічне забезпечення

Обладнання

Електрокардіограф багатоканальний, тонометр з набором манжет для вимірювання артеріального тиску на руках, фонендоскоп/стет фонендоскоп, ваги медичні, ростомір, венозний катетер, язикотримач та інше відповідно до таблиця оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

1. Нітрати: нітрогліцерин;
2. Препарати ацетилсаліцилової кислоти: ацетилсаліцилова кислота, ацелізін;
3. Антиагреганти: клопідогрель;
4. Антикоагулянти: гепарин.
5. Бета-адреноблокатори: пропранолол, есмолол, метопролол;
6. Наркотичні анальгетики: морфін, тримеперидин;
7. Анксиолітики: діазепам;
8. Кровозамінники та перфузійні розчини: натрію хлорид, глюкоза.

3. Вимоги для закладів, які надають вторинну медичну допомогу

3.1. Кадрові ресурси

Лікар-кардіолог, лікар відділення рентгеноендоваскулярної діагностики та лікування, лікар-кардіолог інтервенційний, лікар-хірург серцево-судинний, лікар-анестезіолог. Штатний розклад відділень, які надають допомогу при гострому коронарному синдромі, має бути мультидисциплінарним.

3.2. Матеріально-технічне забезпечення

Обладнання

Апарат для виконання ангіографічного дослідження, який працює в цілодобовому режимі, діагностичні та провідникові катетери, балон-катетери, стенти, контрастна речовина, монітор для цілодобового контролю життєвих показників, пульсоксиметри, електрокардіограф багатоканальний, ліжка функціональне, аналізатор агрегації тромбоцитів, аналізатор біохімічний автоматичний селективний, аналізатор гемокоагуляції, та інше відповідно до таблиця оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

1. Нітрати: нітрогліцерин; ізосорбїду динітрат;
2. Препарати ацетилсаліцилової кислоти: ацетилсаліцилова кислота;
3. Антиагреганти: ептіфібатид, клопідогрель, прасугрель, тикагрелор;
4. Антикоагулянти: гепарин, еноксапарин, фондапаринукс;
5. Фібринолітики: альтеплаза, стрептокіназа, тенектеплаза
6. Бета-адреноблокатори: есмолол, метопролол, пропранолол;
7. Адреноміметичні лікарські засоби: допамін, добутамін,
8. Блокатори рецепторів ангіотензину II: валсартан;
9. Інгібітори АПФ: еналаприл, зофеноприл, каптоприл, квінаприл, лізиноприл, моексиприл, периндоприл, раміприл, трандолаприл, фозиноприл;
10. Антиаритмічні лікарські засоби: атропін; аміодарон;
11. Антагоністи кальцію: дилтіазем, верапаміл;
12. Неглікозидні кардіотонічні засоби: левосимендан;

13. Діуретики: спіронолактон, еплеренон; фуросемід;
14. Ліпідомодифікуючі лікарські засоби: аторвастатин, езетиміб, ловастатин, правастатин, розувастатин, симвастатин, флувастатин;
15. Наркотичні анальгетики: морфін;
16. Анксиолітики: діазепам;
17. Антидоти: налоксон;
18. Кровозамінники та перфузійні розчини: натрію хлорид, глюкоза;
19. Інгібітори протонної помпи: езомепрозол, лансопризол, омепразол, пантапризол, рабепразол.

4. Вимоги для закладів, які надають третинну медичну допомогу

4.1. Кадрові ресурси

Лікар-кардіолог, лікар-кардіолог інтервенційний, лікар-хірург серцево-судинний, лікар-анестезіолог, лікар відділення рентгеноендоваскулярної діагностики та лікування. Штатний розклад відділень, які надають допомогу при гострому коронарному синдромі, має бути мультидисциплінарним.

4.2. Матеріально-технічне забезпечення

Обладнання

Апарат для виконання ангиографічного дослідження, який працює в цілодобовому режимі, діагностичні та провідникові катетери, балон-катетери, стенти, контрастна речовина, монітор для цілодобового контролю життєвих показників, пульсоксиметри, електрокардіограф багатоканальний, ліжко функціональне, аналізатор агрегації тромбоцитів, аналізатор біохімічний автоматичний селективний, аналізатор гемокоагуляції, та інше відповідно до таблиця оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

1. Нітрати: нітрогліцерин; ізосорбїду динітрат;
2. Препарати ацетилсаліцилової кислоти: ацетилсаліцилова кислота;
3. Антиагреганти: ептіфібатид, клопїдогрель, прасугрель, тикагрелор;
4. Антикоагулянти: гепарин, еноксапарин, фондапаринукс;
5. Фібринолітики: альтеплаза, стрептокіназа, тенектеплаза
6. Бета-адреноблокатори: есмолол, метопролол, пропранолол;
7. Адреноміметичні лікарські засоби: допамін, добутамін,
8. Блокатори рецепторів ангіотензину II: валсартан;
9. Інгібітори АПФ: еналаприл, зофеноприл, каптоприл, квїнаприл, лізіноприл, моексиприл, периндоприл, рамїприл, трандолаприл, фозиноприл;
10. Антиаритмічні лікарські засоби: атропін; амїодарон;
11. Антагоністи кальцію: дилтіазем, верапаміл;
12. Неглікозидні кардіотонічні засоби: левосимендан;
13. Діуретики: спіронолактон, еплеренон; фуросемід;
14. Ліпідомодифікуючі лікарські засоби: аторвастатин, езетиміб, ловастатин,

- правастатин, розувастатин, симвастатин, флувастатин;
15. Наркотичні анальгетики: морфін;
 16. Анксиолітики: діазепам;
 17. Антидоти: налоксон;
 18. Кровозамінники та перфузійні розчини: натрію хлорид, глюкоза;
 19. Інгібітори протонної помпи: езомепразол, лансопразол, омепразол, пантапрозол, рабепразол.

V. Індикатори якості медичної допомоги

5.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

5.1.1. Наявність у лікаря загальної практики - сімейного лікаря локального протоколу ведення пацієнта з гострим коронарним синдромом.

5.1.2. Наявність у керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги локального протоколу надання медичної допомоги пацієнту з ГІМ.

5.1.3. Наявність в спеціалізованому стаціонарі клінічного маршруту пацієнта (КМП) надання медичної допомоги пацієнту з ГІМ.

5.1.4. Відсоток пацієнтів з ГІМ, яким було зроблено ЕКГ у 12 відведеннях у визначений проміжок часу (до 30 хвилин) з моменту первинного контакту з медичним працівником.

5.1.5. Відсоток пацієнтів з ГІМ, які госпіталізовані до спеціалізованого стаціонару у визначений проміжок часу (2 години; 12 годин) з моменту первинного контакту з медичним працівником.

5.1.6. Відсоток пацієнтів спеціалізованого стаціонару з діагнозом ГІМ, яким була проведена коронарографія/реперфузійна терапія у визначений проміжок часу з моменту первинного контакту з медичним працівником (ПКВ – до 90 хвилин; системний тромболізис – до 12 годин).

5.1.7. Відсоток пацієнтів, які перенесли ГІМ, щодо яких лікарем загальної практики - сімейним лікарем отримано інформацію про лікування в спеціалізованому стаціонарі впродовж звітного періоду.

5.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

5.2.1. Наявність у лікаря загальної практики - сімейного лікаря КМП ведення пацієнта з гострим коронарним синдромом

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента st».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (КМП) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги КМП, відповідність КМП чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2021 рік – 70%

2022 рік – 90%

2023 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики - сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

ґ) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності клінічного маршруту пацієнта з ГКС (наданий екземпляр КМП). Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем загальної практики - сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

5.2.2.А) Наявність у керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги КМП при наданні медичної допомоги пацієнту з ГІМ

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента st».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (КМП) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2021 рік – 70%

2022 рік – 90%

2023 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються керівниками бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги, які діють на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх керівників бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги (центрів екстреної (швидкої) медичної допомоги), які діють на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги (центрів екстреної (швидкої) медичної допомоги), які діють на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з ГІМ (наданий екземпляр КМП). Джерелом інформації є КМП, наданий керівником бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

5.2.3.А) Наявність в спеціалізованому стаціонарі КМП надання медичної допомоги пацієнту з ГІМ

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (КМП) в регіоні. Якість медичної допомоги хворим на ГІМ, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2021 рік – 50%

2022 рік – 90%

2023 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються спеціалізованими стаціонарами, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від

всіх спеціалізованих стаціонарів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість спеціалізованих стаціонарів, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість спеціалізованих стаціонарів, зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість спеціалізованих стаціонарів, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з ГІМ (наданий екземпляр КМП). Джерелом інформації є КМП, наданий спеціалізованим стаціонаром.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

5.2.4.А) Відсоток пацієнтів з ГІМ, яким було зроблено ЕКГ у 12 відведеннях у визначений проміжок часу (до 30 хвилин) з моменту первинного контакту з медичним працівником

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента st».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Аналіз індикатора дозволить виявити проблеми, пов'язані з кваліфікованою діагностикою ГІМ. Аналіз проводиться окремо для кожної із зазначених категорій ЗОЗ: сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги); центр екстреної (швидкої) медичної допомоги; спеціалізований стаціонар.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: Сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги); центр екстреної (швидкої) медичної допомоги; спеціалізований стаціонар; регіональне управління охорони здоров'я.

б) Дані надаються лікарями загальної практики - сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), центрами екстреної (швидкої) медичної допомоги, спеціалізованими стаціонарами, розташованими на території обслуговування, до регіонального управління охорони здоров'я.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги, в яких наявна інформація щодо проведення ЕКГ у 12 відведеннях та проміжку часу з моменту первинного контакту з медичним працівником – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження інформації від всіх сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), центрів екстреної (швидкої) медичної допомоги, спеціалізованих стаціонарів, розташованих на території обслуговування, окремо для кожної з зазначених категорій ЗОЗ.

г) Знаменник індикатора складає:

для сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги) – загальна кількість пацієнтів, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря загальної практики - сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), з діагнозом ГІМ та вперше зареєстровані протягом звітного періоду.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о), затверджена наказом МОЗ України № 110 від 14 лютого 2012 року «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування».

Для спеціалізованих стаціонарів – загальна кількість пацієнтів з діагнозом ГІМ протягом звітного періоду.

Джерелом інформації є:

Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о), затверджена наказом МОЗ України № 110 від 14 лютого 2012 року «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування».

Для центрів екстреної (швидкої) медичної допомоги – загальна кількість пацієнтів з діагнозом ГІМ протягом звітного періоду.

Джерелом інформації є:

Карта виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о), затверджена наказом МОЗ України № 999 від 17 листопада 2010 року «Про затвердження форм звітності та медичної облікової документації служб швидкої та невідкладної медичної допомоги України».

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з діагнозом ГІМ протягом звітного періоду, яким було зроблено ЕКГ у 12 відведеннях у визначений проміжок часу (до 30 хвилин) з моменту первинного контакту з медичним працівником. Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о);

Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о);

Карта виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

5.2.5.A) Відсоток пацієнтів з ГІМ, які госпіталізовані до спеціалізованого стаціонару у визначений проміжок часу (2 години; до 12 годин) з моменту первинного контакту з медичним працівником

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента st».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Аналіз індикатора дозволить виявити проблеми, пов'язані зі своєчасною госпіталізацією пацієнтів з ГІМ. Аналіз проводиться окремо для кожної із зазначених категорій ЗОЗ: сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги); центр екстреної (швидкої) медичної допомоги; спеціалізований стаціонар.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: Сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги); центр екстреної (швидкої) медичної допомоги; спеціалізований стаціонар; регіональне управління охорони здоров'я.

б) Дані надаються лікарями загальної практики - сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), центрами екстреної (швидкої) медичної допомоги, спеціалізованими стаціонарами, розташованими на території обслуговування, до регіонального управління охорони здоров'я.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги, в яких наявна інформація щодо проміжку часу до госпіталізації пацієнта з моменту первинного контакту з медичним працівником – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження інформації від всіх сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), центрів екстреної (швидкої) медичної допомоги, спеціалізованих стаціонарів, розташованих на території обслуговування, окремо для кожної з зазначених категорій ЗОЗ.

ґ) Знаменник індикатора складає:

для сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги) – загальна кількість пацієнтів, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря загальної практики - сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), з діагнозом ГІМ та вперше зареєстровані протягом звітного періоду.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о), затверджена наказом МОЗ України № 110 від 14 лютого 2012 року «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування».

Для спеціалізованих стаціонарів – загальна кількість пацієнтів з діагнозом ГІМ протягом звітного періоду.

Джерелом інформації є:

Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о), затверджена наказом МОЗ України № 110 від 14 лютого 2012 року «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування».

Для центрів екстреної (швидкої) медичної допомоги – загальна кількість пацієнтів з діагнозом ГІМ протягом звітного періоду.

Джерелом інформації є:

Карта виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о), затверджена наказом МОЗ України № 999 від 17 листопада 2010 року «Про затвердження форм звітності та медичної облікової документації служб швидкої та невідкладної медичної допомоги України».

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з діагнозом ГІМ протягом звітного періоду, які були госпіталізовані до спеціалізованого стаціонару у визначений проміжок часу з моменту первинного контакту з медичним працівником. Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о);

Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о);

Карта виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

5.2.6.А) Відсоток пацієнтів спеціалізованого стаціонару з діагнозом ГІМ, яким була проведена коронарографія/реперфузійна терапія у визначений проміжок часу з моменту первинного контакту з медичним працівником (ПКВ – до 90 хвилин та до 6 годин; системний тромболізіс – до 6 годин та до 12 годин)

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Аналіз індикатора дозволить виявити проблеми, пов'язані з кваліфікованою діагностикою ГІМ. Доцільно проводити аналіз в розрізі наступних видів втручань:

- тромболізис;
- первинне ПКВ;
- спочатку тромболізис, потім первинне ПКВ у визначені проміжки часу.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: спеціалізовані стаціонари; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються спеціалізованими стаціонарами, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті стаціонарного хворого (форма 003/о), затвердженої наказом МОЗ України № 110 від 14 лютого 2012 року «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування» – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх спеціалізованих стаціонарів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника на наводиться у відсотках.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів спеціалізованого стаціонару з діагнозом ГІМ.

Джерелом інформації є Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, яким була проведена коронарографія/реперфузійна терапія у визначений проміжок часу з моменту первинного контакту з медичним працівником (ПКВ – до 90 хвилин; системний тромболізис – до 12 годин). Джерелом інформації є:

Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

5.2.7.А) Відсоток пацієнтів, які перенесли ГІМ, щодо яких лікарем загальної практики - сімейним лікарем отримано інформацію про лікування в спеціалізованому стаціонарі впродовж звітного періоду

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Інформація про лікування в спеціалізованому стаціонарі передається лікарю загальної практики - сімейному лікарю за допомогою Форми первинної облікової документації № 027/о «Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 травня 2012 року за № 661/20974.

Низький рівень значення індикатора може свідчити як про проблеми з госпіталізацією пацієнтів з ГІМ до спеціалізованого стаціонару, так і про проблеми з надходженням медичної інформації до лікаря загальної практики - сімейного лікаря.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: лікар загальної практики – сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги); структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані про кількість пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора, надаються лікарями загальної практики – сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів загальної практики – сімейного лікаря (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування, інформації щодо

загальної кількості пацієнтів лікаря загальної практики - сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини), яким було встановлено стан «Гострий інфаркт міокарда», а також тих з них, для яких отримана інформація про лікування пацієнта в спеціалізованому стаціонарі впродовж звітного періоду.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають на обліку у лікаря загальної практики – сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги) з діагнозом ГІМ та вперше зареєстровані протягом звітного періоду.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають на обліку у лікаря загальної практики – сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), з діагнозом ГІМ та вперше зареєстровані протягом звітного періоду, для яких наявні записи про лікування у спеціалізованому стаціонарі. Джерелом інформації є:

Форма первинної облікової документації № 027/о «Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 травня 2012 року за № 661/20974.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

VII. Перелік літературних джерел, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST», 2021
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24 вересня 2020 року № 2179 «Про затвердження нормативно-правових актів з питань надання екстреної медичної допомоги», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 27 листопада 2020 р. за № 1192/35475
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 серпня 2017 № 975 «Про удосконалення системи кардіологічної допомоги у закладах охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 09 жовтня 2017 р. за № 1209/31077
4. Наказ МОЗ України від 05 червня 2020 № 1311 «Про затвердження Примірнього табеля оснащення структурних підрозділів системи екстреної медичної допомоги»
5. Наказ МОЗ України від 19 травня 2020 № 1167 «Про затвердження Примірнього табеля матеріально-технічного оснащення відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги»
6. Наказ МОЗ України від 27.12.2013 р. № 1150 «Про затвердження Примірнього табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів»
7. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313
8. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування»
9. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 734 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування»
10. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 735 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування»
11. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 739 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру»
12. Наказ МОЗ України від 02.03.2011 р. № 127 «Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень»
13. Наказ МОЗ України від 22.04.2021 № 792 «Про затвердження тринадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності»

**В.о. Генерального директора Директорату
медичного забезпечення**

Євгенія ІДОЯТОВА

VII. Додатки

Додаток № 1

до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована) медична допомога та медична реабілітація)»

Карта обліку системного тромболізму на догоспітальному етапі, проведеного тромболітичним препаратом _____

Бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги № _____

станції (підстанції) _____

від " _____ " _____ 201__ р., виклик № _____

Пацієнт (Прізвище, ім'я, по-батькові) _____, стать _____, вік _____, ГІМ *первинний / повторний* (підкреслити), супутні захворювання _____

Показання для проведення тромболітичної терапії:

1. Ангінозний приступ, що триває _____ хв. (понад 20 хв.)
2. Підйом сегмента ST на 0,1 mV і більше ніж у двох або більше стандартних відведеннях та/або на 0,2 mV і більше не менше ніж у двох суміжних прекардіальних відведеннях або блокада лівої ніжки жмутка Гіса, що гостро виникла (*додати копію ЕКГ*).
3. Час від початку захворювання до проведення тромболізму _____ год. (до 12 год.)

Абсолютні протипоказання:

Тромболітична терапія пов'язана з ризиком виникнення кровотечі:

- значна кровотеча в цей час або протягом останніх 6 місяців, відомий геморагічний діатез;
- при одержанні супутньої пероральної антикоагулянтної терапії (МНВ > 1,3);
- наявність будь-яких порушень центральної нервової системи (наприклад пухлини, аневризми, внутрішньочерепного або спинномозкового оперативного втручання);
- важка артеріальна гіпертензія, що не піддається контролю;
- серйозне оперативне втручання, біопсія паренхіматозного органу, значна травма протягом останніх 2 місяців (включаючи будь-яку травму, супутню наявному інфаркту міокарда), недавня травма голови або черепа;
- тривала або травматична серцево-легенева реанімація (> 2 хв.) протягом останніх 2 тижнів;
- важке порушення функції печінки, що включає печінкову недостатність, цироз, гіпертензію ворітної вени (езофагальний варикоз) та активний гепатит;
- наявна пептична виразка;
- аневризма артерій та відома артеріальна/венозна мальформація;
- пухлина з підвищеним ризиком кровотечі;
- гострий перикардит та/або підгострий бактеріальний ендокардит;
- гострий панкреатит;

- гіперчутливість до діючої речовини: стрептокінази, тенектеплази, гентаміцину (який використовується при виробництві тенектеплази та може залишатися у слідовій кількості) або до будь-якого іншого інгредієнта препарату;
- геморагічний інсульт або інсульт невідомого походження протягом будь-якого часу;
- ішемічний інсульт або транзиторна ішемічна атака (ТІА) протягом останніх 6 місяців;
- для стрептокінази: застосування стрептокінази протягом останніх 10 років,
- деменція.
-

Відносні протипоказання (відмітити, так чи ні):	ТАК	НІ
систоличний артеріальний тиск > 160 мм рт.ст.;		
недавня кровотеча із шлунково-кишкового тракту або сечостатевих органів (за останні 10 днів);		
хвороби сечостатевих органів з потенційною загрозою кровотечі (в т.ч. при наявності постійного катетера сечового міхура);		
будь-яка відома недавня (за останні 2 дні) внутрішньом'язова ін'єкція;		
літній вік (пацієнти віком від 75 років);		
низька маса тіла (< 60 кг);		
цереброваскулярні захворювання;		
вагітність;		
важка форма цукрового діабету, діабетична/геморагічна ретинопатія;		
активна форма туберкульозу легень;		
недавня лазеротерапія з приводу патології сітківки очного дна.		
час від початку захворювання до проведення тромболізісу понад 6 год.		

Лікар бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги _____

(підпис)

(прізвище)

Додаток № 2

до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована) медична допомога та медична реабілітація)»

Інформована згода пацієнта

Лікар бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги проінформував мене про наявність у мене гострого інфаркту міокарда та доцільність проведення системного тромболілізу якомога раніше.

Я, _____,

(Прізвище, ім'я, по-батькові)

попереджений про можливі побічні дії цього лікування і даю згоду на проведення лікування із застосуванням тромболітичного лікарського засобу для розчинення кров'яного згустку в судинах серця.

Дата _____ Підпис _____

Родич _____ Підпис _____

(Заповнюється у разі якщо пацієнт не може підписати власноручно)

Особливості даного випадку застосування тромболітичного препарату:**Ознаки реперфузії:**

1. Значне зменшення/зняття больового синдрому через _____ хв. від початку тромболітичної терапії або не спостерігалось (необхідне підкреслити).
2. Зафіксоване зниження АТ з _____ / _____ мм рт. ст. до _____ / _____ мм рт. ст. або зниження АТ не було (необхідне підкреслити).
3. Зниження сегмента ST на _____ мм через _____ хв. після введення тромболітика.
4. Реперфузійні аритмії: відсутні / наявні (необхідне підкреслити), якщо наявні, які саме:
5. Ускладнення: відсутні / наявні (необхідне підкреслити), якщо виникли вказати які саме:

Копії ЕКГ до проведення та після проведення тромболілізу (або з приймального відділення стаціонару) додаються.

Лікар бригади екстрено (швидкої) медичної допомоги _____

(підпис)

Додаток № 3

до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована) медична допомога та медична реабілітація)»

ОЦІНКА СТАНУ ПАЦІЄНТА – ЗА АЛГОРИТМОМ ABCDE

1. А – прохідність дихальних шляхів (Airway)

1.1. Визначте симптоми непрохідності дихальних шляхів: порушення прохідності дихальних шляхів сприяє виникненню парадоксального дихання та участі у диханні додаткових дихальних м'язів; центральний ціаноз є пізнім симптомом непрохідності дихальних шляхів; у пацієнтів, які знаходяться у критичному стані порушення свідомості часто спричиняє порушення прохідності дихальних шляхів (западання язика, м'якого піднебіння).

1.2. Кисень у високій концентрації: за допомогою маски з резервуаром; переконайтесь, що подача кисню достатня (> 10 л/хв).

2. В – дихання (Breathing)

Під час оцінки дихання важливо визначити та лікувати стани, які є безпосередньою загрозою для життя – важкий напад астми, набряк легень, напружений пневмоторакс, гемоторакс.

2.1. Визначте симптоми, які можуть свідчити про порушення дихання: надмірна пітливість, центральний ціаноз, робота додаткових м'язів або черевний тип дихання.

2.2. Визначте ЧД – в нормі це 12-20 вдихів за хв.

2.3. Оцініть спосіб дихання, глибину вдихів та перевірте, чи рухи грудної клітки симетричні.

2.4. Зверніть увагу на надмірне наповнення шийних вен (наприклад, при важкій астмі або напруженому пневмотораксі), наявність та прохідність плеврального дренажу та інше.

2.5. Проведіть аускультацию та перкусію легень.

2.6. Визначте положення трахеї – її зміщення може свідчити про напружений пневмоторакс, фіброз легень або рідину у плевральній порожнині.

3. С – кровообіг (Circulation)

3.1. Оцініть колір шкіри на відкритих частинах (кисті): синя, рожева, бліда або мармурова.

3.2. Оцініть температуру кінцівок: холодна чи тепла.

3.3. Оцініть капілярне наповнення – в нормі до 2 сек. Збільшене капілярне наповнення може вказувати на знижену периферійну перфузію.

3.4. Оцініть наповнення вен – можуть бути помірно наповнені або запалі при гіповолемії.

3.5. Визначіть ЧСС. Знайдіть периферійний пульс та пульс на великій артерії, оцініть його наявність, частоту, якість, регулярність та симетричність.

3.6. Виміряйте артеріальний тиск.

3.7. Вислухайте тони серця.

3.8. Зверніть увагу на інші симптоми, які свідчили б про зниження викиду серця, такі як порушення свідомості, олігоурія (об'єм сечі < 0,5 мл/кг/год.).

4. D – порушення стану свідомості (Disability)

Найчастіше причинами порушень стану свідомості є важка гіпоксія, гіперкапнія, ішемія

мозку або застосування лікарських засобів із седативним ефектом або анальгетиків,

4.1. Оцініть зіниці (діаметр, симетричність та реакцію на світло).

4.2. Швидко оцініть стан свідомості пацієнта за шкалою AVPU: Alert (орієнтується), Vocal (реагує на голос), Pain (реагує на біль), Unresponsive (не реагує на жодні подразники). Можна застосувати також шкалу Глазго (Glasgow Coma Scale).

4.3. Визначте рівень глюкози, щоб виключити гіпоглікемію. Якщо рівень глюкози нижче ніж 3 ммоль/л, забезпечте в/в 50,0 мл 20% розчину глюкози.

5. E – додаткова інформація (Exposure)

5.1. Зберіть детальний анамнез у пацієнта, його рідних, друзів.

5.2. Ознайомтесь з медичною документацією пацієнта: перевірте показники життєвих параметрів, та їх зміни у динаміці, перевірте, які лікарські засоби пацієнтові призначені та які він приймає.

Додаток №4

до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована) медична допомога та медична реабілітація)»

Призначення нітрогліцерину

1. Концентрований розчин розводять 0,9% розчином NaCl або 5% розчином декстрози (не слід використовувати інші розчинники).

2. Розчин вводять в/в краплинно з початковою швидкістю 5 мкг/хв. Швидкість введення можна збільшувати кожні 3-5 хв на 5 мкг/хв (залежно від ефекту і реакції ЧСС, центрального венозного тиску та систолічного артеріального тиску, яке може бути знижено на 10-25% від вихідного, але не повинно бути нижче 90 мм рт.ст.). Якщо при швидкості введення 20 мкг/хв не отримано терапевтичного ефекту, подальший приріст швидкості введення повинен становити 10-20 мкг/хв. При появі відповідної реакції (зокрема, зниження артеріального тиску) подальше збільшення швидкості інфузії не проводиться або проводиться через більш тривалі інтервали часу.

3. Для досягнення доброго ефекту швидкість введення 0,01% розчину нітрогліцерину зазвичай не перевищує 100 мкг/хв (1 мл/хв). При відсутності ефекту від менших доз і допустимому АД швидкість введення 0,01% розчину може досягати 300 мкг/хв (3 мл/хв). Подальше збільшення швидкості недоцільне.

Додаток № 5

до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована) медична допомога та медична реабілітація)»

ЕКГ – критерії для встановлення діагнозу гострого коронарного синдрому з елевацією сегмента ST

- а) елевація сегмента ST в точці J має визначатися мінімум у двох суміжних відведеннях і становити $\geq 0,25$ мВ у чоловіків віком до 40 років, $\geq 0,2$ мВ у чоловіків старших 40 років, або $\geq 0,15$ мВ у жінок у відведеннях V_2-V_3 і/або $\geq 0,1$ мВ в інших відведеннях (за відсутності гіпертрофії лівого шлуночка або блокади лівої ніжки пучка Гіса);
- б) у пацієнтів з нижнім інфарктом міокарда (згідно з ЕКГ у 12 відведеннях) має проводитися додаткова реєстрація ЕКГ у правих грудних відведеннях (V_3R і V_4R): за наявності патологічних змін встановлюється діагноз одночасного інфаркту правого шлуночка;
- в) при наявності депресії сегмента ST у відведеннях V_1-V_3 , має проводитися додаткова реєстрація ЕКГ у грудних відведеннях V_7-V_9 і за Слопаком-Партилло з встановленням діагнозу “ГКС з елевацією сегмента ST” за наявності елевації сегмента ST на $\geq 0,1$ мВ в цих відведеннях;
- г) слід приділяти особливу увагу в наступних випадках: *хронічна блокада ніжок пучка Гіса* (наявність підйому сегмента ST у відведеннях з позитивним відхиленням комплексу QRS частіше вказує на розвиток гострого інфаркту міокарда з оклюзією коронарної артерії), наявність штучного водія ритму, *елевація сегмента ST в відведенні aVR і нижньобічна депресія сегмента ST* (як можлива ознака обструкції стовбура лівої коронарної артерії);
- д) у разі, коли на тлі клінічних проявів ГКС (ангінозний синдром) відсутні електрокардіографічні ознаки, реєстрацію ЕКГ необхідно повторювати з інтервалом 20-30 хв. При цьому має оцінюватися наявність гострих зубців T, які можуть передувати елевації сегмента ST. В сумнівних випадках треба реєструвати та інтерпретувати ЕКГ у відведеннях V_7 , V_8 і V_9 та по Слапаку-Портилло.

Додаток № 6

до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована) медична допомога та медична реабілітація)»

Протокол проведення тромболітичної терапії при гострому коронарному синдромі з елевацією сегмента ST

Критерії для вибору пацієнтів, яким показано проведення тромболілізу:

- діагноз ГКС з елевацією сегмента ST за даними анамнезу (час розвитку симптомів < 12 годин
- відсутність умов для проведення ПКВ в межах 90 хв від першого контакту з хворим та/або протипоказів до проведення тромболілізу;
- наявність інформованої згоди пацієнта на проведення процедури.

Тромболітична терапія.

Доступними в Україні фібринолітичними агентами є стрептокіназа та тканинний активатор плазміногену.

Покази для проведення ТЛТ:

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

Протипокази абсолютні:

- перенесений інсульт менше 6 місяців тому
- нещодавня (до 3 тижнів) черепно-мозкова травма, хірургічне втручання
- шлунково-кишкова кровотеча менше 1 місяця тому
- відомі порушення згортання крові
- розшаровуюча аневризма аорти
- рефрактерна артеріальна гіпертензія (систоличний тиск вище 200 мм рт.ст., діастолічний – вище 110 мм рт.ст.)
- для стрептокінази повторне її введення строком від 5 діб до 6 місяців після попереднього використання

Протипоказання відносні :

- транзиторні порушення мозкового кровообігу менше 6 місяців тому
- терапія непрямыми антикоагулянтами

- вагітність
- пункція судин великого діаметру в місці, недоступному для компресії
- травматична реанімація
- недавня лазеротерапія патології сітківки очного дна

Схема застосування стрептокінази:

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

Схема введення альтеплази – прискорений режим:

Болюсне введення 5.000 ОД гепарину, потім болюсно 15 мг препарату з наступною інфузією 0,75 мг/кг протягом 30 хвилин (не більше 50 мг) та 0,5 мг/кг до 35 мг дози, яка залишилась (загальна доза 100 мг) протягом наступних 60 хвилин на фоні паралельної інфузії гепарину, яка не закінчується і після введення.

Схема болюсного введення тканинного активатора плазміногену (тенектеплази):

Препарат призначається внутрішньовенно болюсно протягом 10 секунд.

Гепаринотерапія

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

- **Еноксапарин** для пацієнтів молодше 75 років з рівнем креатиніну $\leq 2,5$ мг/мл або 221 ммоль/л (чоловіки) та ≤ 2 мг/мл або 177 ммоль/л (жінки): в/в болюс 30 мг з наступним через 15 хвилин підшкірним введенням дози 1 мг/кг маси тіла хворого кожні 12 годин аж до виписки його з відділення (максимум 8 днів). Доза перших двох підшкірних введень еноксапарина не повинна перевищувати 100 мг.

Для пацієнтів старших за 75 років та з проявами хронічної ниркової недостатності в/в болюсне введення не проводиться, терапія еноксапарином починається з підшкірного введення дози 0,75 мг/кг маси тіла, максимальна доза для двох перших введень складає 75 мг. При кліренсі креатиніна менше 30 мл/хв у відповідності з віком пацієнта періодичність підшкірних введень складає 24 години.

- **Фондапаринукс** 2,5 мг в/в болюсно з наступним підшкірним введенням в дозі 2,5 мг 1 раз на добу протягом від 2 до 8 днів (або до виписки). Препарат не може бути введений, якщо у пацієнта рівень ШКФ < 30 мл/хв., креатиніну ≤ 3 мг/мл або 365 ммоль/л.

Додаток № 7

до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована) медична допомога та медична реабілітація)»

Тимчасова карта пацієнта, якому була проведена реперфузійна процедура (ТЛТ / ПКВ)

№	Назва параметрів	Спосіб внесення даних	
1.1	Паспортні дані пацієнта (ПІБ, вік, стать)		
1.2	Фактори ризику:		
	куріння	так	ні
	цукровий діабет	так	ні
	гіпертонічна хвороба (стадії I, II, III)	вибрати	
	Сімейний анамнез ІХС	так	ні
	гіперхолестеринемія	так	ні
	Анамнез ІМ/ПКВ/АКШ	так	ні
	Анамнез серцевої недостатності	так	ні
	ризик кровотечі (виразкова хвороба, ниркова недостатність, рак та ін.)	так	ні
1.3	Первинні дані процедури реваскуляризації:		
	вид процедури	ПКВ	ТЛТ
	вид ПКВ	перв.	після ТЛТ
	догоспітальний фібринолізис	так	ні
	переведення з іншої клініки	так	ні
	Час від початку симптомів ГКС до госпіталізації	_____ г _____ хв	
	Час від госпіталізації до початку процедури	_____ г _____ хв	
	Вага / зріст / АД сист-діаст / ЧСС	_____ кг / _____ см / _____ - _____ мм рт.ст. / _____ уд. на хв.	
	ступінь СН по Кілліпу (вибрати потрібне)	I / II / III / IV	
	локалізація ураження	задня	передня
	ритм синусовий	так	ні
	зупинка кровообігу	так	ні
2.1	Результати ПКВ:		
	судинний доступ (феморальний, радіальний)	вибрати	
	локалізація, ступінь і довжина звуження (оклюзії)	вибрати	
	кровотік по ТІМІ (0, I, II, III)	вибрати	
	довжина та діаметр стента (внести)	_____	
2.2	Результати фібринолізу:		
	препарат (стрептокіназа, альтеплаза, тенектеплаза)	вибрати	
	тривалість фібринолітичної терапії	_____ хв	
	ефективність	так	ні
2.3	Ускладнення процедури (перелік):		
2.4	Медикаментозна (специфічна) терапія:		
	до проведення процедури (АСК, клопідогрель, тікагрелор, прасугрель, блокатори ГПР ІІ/ІІІа, гепарин, низькомол. гепарин)	вибрати	
	під час проведення процедури (АСК, клопідогрель, тікагрелор, прасугрель,	вибрати	

	блокатори ГПР IIb/IIIa, гепарин, низькомол. гепарин)	
	навантажувальні дози (АСК, клопідогрель, тікагрелор)	вибрати
	супутня терапія (бета-блокатори, інгібітори АПФ/БРА, статини, нітрати, антиаритміки, діуретики, антагоністи альдостерону, БПП).	вибрати
3.1	Госпітальний період:	
	ускладнення госпіт. періоду (рецидив ГІМ, ПІС, гостре ушкодження нирок, кровотеча, інсульт, ШТ/ФШ, АВ-блокади, ФП, тимчасова ЕКС)	вибрати
	статус пацієнта перед випискою (живий, помер, додому, реабілітація, переведення в іншу клініку)	вибрати

до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована) медична допомога та медична реабілітація)»

