

Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST

Витяг з уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації,

затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02.07.2014 р. №45

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Основною метою даного уніфікованого клінічного протоколу 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 на основі можливості проведення первинних перкутанних коронарних втручань (ПКВ) і тромболітичної терапії, шляхом забезпечення можливості проведення інвазивних реперфузійних процедур 24 години 7 днів на тиждень.

Особливістю цього протоколу є принципові зміни в організації реперфузійної терапії, заснованої на координації діяльності закладів первинної медичної допомоги, екстреної медичної допомоги та спеціалізованих структурних підрозділів закладів охорони здоров'я – ЗОЗ (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) при наданні медичної допомоги пацієнтам з ГКС з елевацією сегмента ST.

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

Організація та надання медичної допомоги на догоспітальному етапі

Діагноз: гострий інфаркт міокарда (ГІМ).
Код МКХ-10: I 21 Гострий інфаркт міокарда,
I 22 Повторний інфаркт міокарда.

Обґрунтування та основні положення протоколу

1. **Догоспітальний етап** включає надання першої та екстреної медичної допомоги пацієнтам з ГІМ з моменту виявлення пацієнта або звернення такого пацієнта (родичів або свідків) за медичною допомогою до моменту госпіталізації.
2. **Надання першої або екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі 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 на прийомі).
3. **Медична допомога на догоспітальному етапі повинна бути надана пацієнтам з ГІМ у перші хвилини від початку розвитку ознак захворювання.**
4. Пацієнтам з ГІМ необхідно забезпечити термінову госпіталізацію в першу чергу в центри (відділення), де можливе проведення первинного перкутанного коронарного втручання (ПКВ), які надають вторинну медичну допомогу в період найбільших терапевтичних можливостей. У випадку необхідності транспортування пацієнтів, стабілізованих після перкутанної реперфузії, може проводитися і в зворотному напрямку згідно з локальним протоколом (клінічним маршрутом пацієнта) для проведення реабілітації в інші стаціонари (без можливості проведення первинних коронарних втручань). Вважати продовження лікування хворого на ГКС з підйомом сегмента ST після проведення первинного ПКВ у кардіологічному відділенні без можливості проведення перкутанних втручань наступним етапом надання екстреної медичної допомоги.
5. **Швидка діагностика ознак ГІМ на догоспітальному етапі** скорочує час для встановлення діагнозу та транспортування пацієнта у відповідні ЗОЗ.
6. Для забезпечення послідовності надання медичної допомоги пацієнтам з діагнозом ГІМ у кожному ЗОЗ доцільно розробити та впровадити **локальні протоколи медичної допомоги (ЛПМД)**, у яких визначено клінічний маршрут пацієнта та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення. Взаємодія між ЗОЗ, які надають екстрену, первинну та вторинну медичну допомогу, визначається наказом територіального органу з питань охорони здоров'я.
7. **ЛПМД повинен бути доведений до кожного**, хто бере участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з ГІМ на догоспітальному етапі.

3.1. ДЛЯ ЗАКЛАДІВ, ЩО НАДАЮТЬ ЕКСТРЕНУ ТА ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

3.1.1. Для диспетчера оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Положення протоколу

1. Прийом виклику диспетчером оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф за єдиним телефонним номером виклику екстреної медичної допомоги 103 або за єдиним телефонним номером виклику екстреної допомоги 112.
2. Диспетчер оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф повинен прийняти виклик відповідно до затвердженого алгоритму та направити бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги до пацієнта з підозрою на ПІМ.

Необхідні дії Обов'язкові:

1. Поради абоненту, який зателефонував у оперативно-диспетчерську службу центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф:
 - покладіть пацієнта з піднятою злегка головою;
 - забезпечте постільний режим;
 - дайте 1–2 таблетки нітрогліцерину під язик або 1–2 дози аерозолю, у разі необхідності повторіть прийом через 5 хвилин (у разі, коли пацієнт раніше його вже приймав для зняття нападу стенокардії);
 - у випадку, коли напад болю продовжується більше 20 хвилин, дайте хворому розжувати 160–325 мг ацетилсаліцилової кислоти (АСК);
 - знайдіть медикаменти, які приймає пацієнт, зняті раніше ЕКГ пацієнта і покажіть медичному працівнику бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;
 - не залишайте пацієнта без нагляду.
2. Після реєстрації виклику диспетчер терміново направляє бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події.

3.1.2. Для бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги Положення протоколу

3.1.2.1. Норматив прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події становить у містах – 10 хвилин, у населених пунктах поза межами міста – 20 хвилин з моменту надходження звернення до диспетчера оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (відповідно до Закону України від 5 липня 2012 р. №5081-VI «Про екстрену медичну допомогу»).

Зазначені нормативи з урахуванням метеорологічних умов, сезонних особливостей, епідеміологічної ситуації та стану доріг можуть бути перевищені, але не більше ніж на 10 хвилин.

3.1.2.2. Діагностичне та клінічне обстеження пацієнта фіксується у Карті виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о). До Карти виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о) необхідно прикріпити ЕКГ, а у разі передачі біометричних ЕКГ-сигналів у консультативний телеметричний центр – записати заключення кардіолога. При проведенні тромболізу заповнити належним чином Карту обліку системного тромболізу (**Додадок 1**) та Інформовану згоду пацієнта на проведення системного тромболізу (**Додадок 2**).

Обґрунтування

Рання діагностика та госпіталізація пацієнтів з ознаками ПІМ у спеціалізовані структурні підрозділи ЗОЗ з метою проведення первинного ПКВ зменшує смертність та інвалідність внаслідок цього захворювання, покращує результати лікування пацієнтів.

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги Обов'язкові:

1. Збір анамнезу

1.1. Збір анамнезу захворювання

- 1.1.1. Встановити точний час від початку нападу болю в грудях та його тривалість.
- 1.1.2. Встановити характер болю, його локалізацію та іррадіацію.
- 1.1.3. Встановити, чи була спроба зняти біль нітрогліцерином.
- 1.1.4. Встановити, за яких умов виникає біль – чи пов'язаний він з фізичним, психоемоційним навантаженням.
- 1.1.5. З'ясувати, чи виникали напади болю або задухи при ходьбі, чи примушували зупинятися, їх тривалість у хвиликах. Чи знімалися ці напади при використанні нітрогліцерину.
- 1.1.6. Чи схожий цей напад болю або задухи на ті відчуття, що виникали раніше при фізичному навантаженні за локалізацією та характером.
- 1.1.7. Чи посилювався та частішав біль за останній час? Чи змінилась толерантність до навантаження, чи збільшилась потреба у нітратах.

1.2. Збір анамнезу життя

- 1.2.1. Встановити, які лікарські засоби приймає пацієнт щоденно.
- 1.2.2. З'ясувати, які лікарські засоби пацієнт прийняв до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.
- 1.2.3. З'ясувати наявність факторів ризику серцево-судинних захворювань: артеріальна гіпертензія, тютюнопаління, цукровий діабет, гіперхолестеринемія. Виявити в анамнезі інші супутні захворювання: порушення ритму серця, порушення мозкового кровообігу, онкологічні захворювання, виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, захворювання крові та наявність у минулому кровотеч, хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) тощо.
- 1.2.4. Зібрати загальний алергологічний анамнез та з'ясувати, чи є алергічні реакції на прийом лікарських засобів.

2. Проведення огляду та фізичного обстеження

- 2.1. Оцінка загального стану та життєво важливих функцій: свідомості, дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE (Додаток 3).
- 2.2. Відповідно до показань усунути порушення життєво важливих функцій організму – дихання, кровообігу.
- 2.3. Візуальна оцінка:
 - 2.3.1. Колір шкірного покриву, вологість, наявність набухання шийних вен.

3. Оцінка стану серцево-судинної та дихальної системи пацієнта

1. Пульс, його характеристика, артеріальний тиск (АТ).
2. Частота дихання (ЧД), його характеристика.
3. Вимірювання АТ на обох руках.
4. Перкусія ділянки серця: звернути увагу на наявність збільшення меж серцевої тупості.
5. Пальпація серця: оцінити верхівковий поштовх та його локалізацію.
6. Аускультация серця та судин: оцінити тони та наявність шумів, наявність III тону серця або IV тону серця.
7. Аускультация легень: наявність вологих хрипів.
Слід мати на увазі, що у багатьох пацієнтів із ГІМ при фізичному обстеженні відхилень від нормальних показників може не бути.

4. Проведення інструментального обстеження

Обов'язкові:

1. Реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях або передача біометричних ЕКГ-сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ.
У разі, коли на початку клінічних проявів ГІМ відсутні електрокардіографічні ознаки, реєстрацію ЕКГ необхідно повторювати з інтервалом 20–30 хвилин.

Бажані:

1. Пульсоксиметрія (визначення сатурації крові киснем, норма – 95%).

3.1.2.3. Лікувальна тактика

1. Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Положення пацієнта лежачи з піднятою злегка головою.
Хворим із ГІМ для зменшення навантаження на міокард необхідно обмежити фізичне навантаження, забезпечити повний психологічний спокій, не дозволяти пацієнту самостійно пересуватися.
2. Проведення оксигенотерапії показане пацієнтам зі зниженням сатурації менше 95%. Інгаляцію зволеним киснем проводити за допомогою маски або через носовий катетер зі швидкістю 3–5 л/хв.
3. Забезпечення венозного доступу.
Всім пацієнтам з ГІМ у перші години захворювання або у разі виникнення ускладнень показана катетеризація периферичної вени. Венозний доступ проводиться шляхом виконання стандартної процедури венозної пункції з дотриманням заходів асептики/антисептики катетером

для внутрішньовенної пункції, який ретельно фіксується пов'язкою.

2. Надання екстреної медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Нітрогліцерин під язик у таблетках (0,5–1,0 мг) або в аерозолі (1–2 дози, або 0,4–0,8 мг). У разі необхідності та при нормальному рівні АТ – повторювати прийом кожні 5–10 хвилин. У випадку тяжкого больового синдрому 2,0 мл 1% розчину нітрогліцерину розводять в 200,0 мл 0,9% розчину натрію хлориду або 5% розчину глюкози ex tempore (концентрація 100 мг/мл) та вводять внутрішньовенно крапельно під постійним контролем АТ та ЧСС. При використанні автоматичного дозатора початкова швидкість введення становить 10–20 мкг/хв; у разі відсутності дозатора – початкова швидкість 2–4 краплі за хвилину, яка може бути поступово збільшена до максимальної швидкості 30 крапель за хвилину (або 3 мл/хв). Інфузію припиняють при зниженні САТ до рівня нижче 90 мм рт.ст. (або середнього АТ на 10–25% від початкового). Подальше зниження АТ призводить до погіршення коронарного кровообігу та збільшення зони некрозу ІМ, викликає сильний головний біль.
2. 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 ацелізіну 1,0.
3. За наявності протипоказань до застосування АСК можливе застосування клопідогрелю 300 мг всередину. Ефективним є застосування комбінації АСК та клопідогрелю.
4. Всім пацієнтам, які транспортуються для проведення первинного ПКВ, якомога раніше показана подвійна антиагрегантна терапія.
5. Блокатори β -адренорецепторів (пропранолол, есмолол, метопролол) призначаються якомога раніше усім пацієнтам з ГІМ, які не мають протипоказань.
6. Наркотичні анальгетики: перевага надається морфіну – вводити дробно по 2–5 мг кожні 5–15 хвилин до припинення больового синдрому та задухи або появи побічної дії (гіпотензії, пригнічення дихання, нудоти, блювоти).

У разі відсутності наркотичних анальгетиків – як виняток можливе застосування ненаркотичних анальгетиків (метамізол натрію) у комбінації з діазепамом, які вводити внутрішньовенно повільно.

Подальша тактика залежить від даних ЕКГ.

При встановленні діагнозу ГКС без підйому сегмента ST (інфаркт міокарда без зубця Q і нестабільна стенокардія) медична допомога надається згідно з «Протоколом надання медичної допомоги хворим із гострим коронарним синдромом без елевачії ST (інфаркт міокарда без зубця Q і нестабільна стенокардія)», затвердженим наказом МОЗ України від 03.07.2006 р. №436 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Кардіологія"».

Інфаркт міокарда з підйомом сегмента ST у двох і більше відведеннях або з появою блокади лівої ніжки пучка Гіса у випадку неможливості проведення первинного ПКВ

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

Необхідні дії лікаря щодо відновлення коронарного кровообігу:

Якщо загальний час з моменту від початку болю в серці до транспортування хворого до лікарні може перевищити 60–90 хвилин, слід вирішити питання про догоспітальний тромболізис. З подальшим транспортуванням пацієнта до спеціалізованого структурного підрозділу ЗОЗ з метою проведення ургентної коронарографії і у випадку необхідності коронарного стентування в першу добу від початку симптомів ГІМ. Методика проведення догоспітального тромболізису – див. розділ «Тромболізис при ГКС».

Бажані:

Якщо загальний час від моменту початку больового нападу більше 90 хвилин, а час транспортування в центр (відділення) займає не більше 120 хвилин, пацієнт повинен транспортуватися в найближчий спеціалізований структурний підрозділ ЗОЗ для проведення ургентної коронарографії та первинного стентування без попереднього тромболізису.

Методика проведення догоспітального тромболізису – див. розділ «Тромболізис при ГКС».

Необхідні дії лікаря щодо контролю та корекції артеріального тиску

Обов'язкові:

- Рекомендований контроль рівня АТ.
- Низький рівень АТ погіршує кровообіг у коронарних судинах, що призводить до збільшення зони інфаркту та є предиктором електричної нестабільності міокарда.
- Для підвищення АТ перевага надається внутрішньовенному крапельному введенню допаміну зі швидкістю 2–10 мкг/кг/хв під контролем частоти серцевих скорочень (ЧСС) та АТ, який може поєднуватися із внутрішньовенним крапельним введенням добутаміну, починаючи з дози 2,5–5 мкг/кг/хв.
- Для зниження АТ застосовуються α -адреноблокатори і/або нітрати (див. протокол надання медичної допомоги з лікування артеріальної гіпертензії).

3. Протипоказане профілактичне застосування лідокаїну (ризик виникнення блокад серця).
4. Протипоказане застосування атропіну для профілактики вагомиметичних ефектів морфіну (підвищення ЧСС, може поглибити ішемію міокарда, сприяти порушенню ритму).
5. Протипоказане застосування дипіридамола, міотропних спазмолітиків (викликає синдром обкрадання).
6. Антикоагулянти на фоні гіпертонічного кризу протипоказані (ризик крововиливів, кровотечі).

3.1.2.4. Госпіталізація

Обґрунтування

Термінова госпіталізація пацієнта у визначені ЗОЗ вторинної медичної допомоги.

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Всі пацієнти з підозрою на ГІМ, незалежно від статі, віку та інших факторів, підлягають терміновій госпіталізації. У ЗОЗ необхідно взяти медичну документацію та попередні кардіограми пацієнта. Пріоритетним завданням бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги є транспортування пацієнтів у центр (відділення), де можливе проведення первинної ангіопластики (стентування).
2. Під час транспортування необхідно забезпечити моніторинг стану пацієнта, проведення лікувальних заходів та готовність до проведення реанімаційних заходів.
3. 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 екстрена перкутанна коронарна ангіопластика.
4. Територіальним органом з питань охорони здоров'я обов'язково повинен бути розроблений та затверджений наказ, локальний протокол (відповідного рівня), який забезпечує організацію надання допомоги пацієнтам з ГІМ, взаємодію між ЗОЗ, що надають екстрену, первинну та вторинну медичну допомогу.

3.1.3. Для лікарів пунктів невідкладної медичної допомоги для дорослого та дитячого населення

Положення протоколу

При отриманні виклику від пацієнта (його родичів) із скаргами, які можуть свідчити про симптоми ГІМ, лікар пункту невідкладної медичної допомоги для дорослого та дитячого населення повинен сприяти швидкому доступу таких пацієнтів до екстреної медичної допомоги та терміновій госпіталізації.

NB! Протипоказані та нерекомендовані втручання у пацієнтів з ГІМ

1. Не застосовувати для знеболення комбінацію метамізолу натрію з діфенгідраміном.
2. Протипоказане введення лікарських засобів внутрішньом'язово, оскільки це унеможливає в подальшому проведення тромболізису та сприяє хибному результату при визначенні рівня креатинфосфокінази.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Здійснити виїзд за викликом у терміновому порядку.

2. Збір анамнезу

2.1. Збір анамнезу захворювання:

- 2.1.1. Встановити точний час від початку нападу болю в грудях та його тривалість.
- 2.1.2. Встановити характер болю, його локалізацію та іррадіацію.
- 2.1.3. Встановити, чи була спроба зняти біль нітрогліцерином.
- 2.1.4. Встановити, за яких умов виникає біль – чи пов'язаний він з фізичним, психоемоційним навантаженням.
- 2.1.5. З'ясувати, чи виникали напади болю або задухи при ходьбі, чи примушували зупинятися, їх тривалість у хвилинах. Чи знімалися ці напади при використанні нітрогліцерину.
- 2.1.6. Чи схожий цей напад болю або задухи на ті відчуття, що виникали раніше при фізичному навантаженні за локалізацією та характером.
- 2.1.7. Чи посилювався та почастишав біль за останній час? Чи змінилася толерантність до навантаження, чи збільшилась потреба у нітратах.

2.2. Збір анамнезу життя:

- 2.2.1. Встановити, які лікарські засоби приймає пацієнт щоденно.
- 2.2.2. З'ясувати, які лікарські засоби пацієнт прийняв до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.
- 2.2.3. З'ясувати наявність факторів ризику серцево-судинних захворювань: артеріальна гіпертензія, тютюнопаління, цукровий діабет, гіперхолестеринемія. Виявити в анамнезі інші супутні захворювання: порушення ритму серця, порушення мозкового кровообігу, онкологічних захворювань, виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, захворювань крові та наявність у минулому кровотеч, ХОЗЛ, тощо.
- 2.2.4. Зібрати загальний алергологічний анамнез та з'ясувати, чи є алергічні реакції на прийом лікарських засобів.

3. Проведення огляду та фізичного обстеження

- 3.1. Оцінка загального стану та життєво важливих функцій: свідомості, дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE (Додаток 3).
- 3.2. Відповідно до показань усунути порушення життєво важливих функцій організму – дихання, кровообігу.
- 3.3. Візуальна оцінка:
 - 3.3.1. Колір шкірного покриву, вологість, наявність набухання шийних вен.

4. Оцінка стану серцево-судинної та дихальної системи пацієнта

- 4.1. Пульс, його характеристика, АТ.
- 4.2. ЧД, його характеристика.
- 4.3. Вимірювання АТ на обох руках.
- 4.4. Перкусія ділянки серця: звернути увагу на наявність збільшення меж серцевої тупості.

4.5. Пальпація ділянки серця: оцінити верхівковий поштовх та його локалізацію.

4.6. Аускультация серця та судин: оцінити тони та наявність шумів, наявність III тону серця або IV тону серця.

4.7. Аускультация легень: наявність вологих хрипів.

Слід мати на увазі, що у багатьох пацієнтів на ГІМ при фізичному обстеженні відхилень від нормальних показників може не бути.

5. Проведення інструментального обстеження

Обов'язкові:

5.1. Реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях або передача біометричних ЕКГ-сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ.

У разі, коли на початку клінічних проявів ГІМ відсутні електрокардіографічні ознаки, реєстрацію ЕКГ необхідно повторювати з інтервалом 20–30 хвилин.

Бажані:

1. Пульсоксиметрія (визначення сатурації крові киснем, норма – 95%).

3.1.3.1. Лікувальна тактика

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Положення пацієнта лежачи з піднятою злегка головою. Хворим із ГІМ для зменшення навантаження на міокард необхідно обмежити фізичне навантаження, забезпечити повний психологічний спокій, не дозволяти самостійного пересування пацієнта.
2. Проведення оксигенотерапії показане пацієнтам зі зниженою сатурацією менше 95%. Інгаляцію зволеним киснем проводити за допомогою маски або через носовий катетер зі швидкістю 3–5 л/хв.
3. Забезпечення венозного доступу. Усім пацієнтам з ГІМ у перші години захворювання або у разі виникнення ускладнень показана катетеризація периферичної вени. Венозний доступ проводиться шляхом виконання стандартної процедури венозної пункції з дотриманням заходів асептики/антисептики катетером для внутрішньовенної пункції, який ретельно фіксується пов'язкою.

3.1.3.2. Надання екстреної медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Нітрогліцерин під язик у таблетках (0,5–1,0 мг), в аерозолі (1–2 дози або 0,4–0,8 мг). У разі необхідності та нормальному рівні АТ повторювати прийом кожні 5–10 хвилин.
2. 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 розчину ацелізіну 1,0.
3. Блокатори β-адренорецепторів призначаються якомога раніше усім пацієнтам з ГІМ, які не мають протипоказань.
4. Наркотичні анальгетики: перевага надається морфіну – вводити дробно по по 2–5 мг кожні 5–15 хвилин до припинення больового синдрому та задухи або появи побічної дії (гіпотензії, пригнічення дихання, блювоти).

5. У разі відсутності наркотичних анальгетиків – як виняток можливе застосування ненаркотичних анальгетиків (метамізол натрію) у комбінації з діазепамом, які вводити внутрішньовенно повільно.

3.1.3.3. Забезпечити організацію термінової госпіталізації пацієнта у ЗОЗ, який надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу

1. Здійснити виклик екстреної медичної допомоги за єдиним телефонним номером виклику екстреної медичної допомоги 103 або за єдиним телефонним номером виклику екстреної допомоги 112 для проведення обов'язкової госпіталізації пацієнта у стаціонарне відділення.
2. Обов'язково дочекатися приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги та до її прибуття забезпечити моніторинг стану пацієнта, проведення лікувальних заходів та готовність до проведення реанімаційних заходів.
3. Для збереження часу надати керівнику бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги відомості із анамнезу пацієнта та вказати час виникнення перших симптомів ГІМ.

3.1.4. Для лікарів загальної практики – сімейних лікарів Положення протоколу

При зверненні такого пацієнта (родичів або свідків) по медичну допомогу в амбулаторію або отриманні виклику від пацієнта (його родичів) зі скаргами, які можуть свідчити про симптоми ГІМ, сімейний лікар повинен забезпечити термінову госпіталізацію пацієнта бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Здійснити виїзд за викликом у терміновому порядку.
2. Провести швидкий збір анамнезу

2.1. Збір анамнезу захворювання:

- 2.1.1. Встановити точний час від початку нападу болю в грудях та його тривалість;
- 2.1.2. Встановити характер болю, його локалізацію та іррадіацію;
- 2.1.3. Встановити, чи була спроба зняти біль нітрогліцерином;
- 2.1.4. Встановити, за яких умов виникає біль – чи пов'язаний він з фізичним, психоемоційним навантаженням.
- 2.1.5. З'ясувати, чи виникали напади болю або задухи при ходьбі, чи примушували зупинитися, їх тривалість у хвилинали. Чи знімалися ці напади при використанні нітрогліцерину.
- 2.1.6. Чи схожий цей напад болю або задухи на ті відчуття, що виникали раніше при фізичному навантаженні за локалізацією та характером.
- 2.1.7. Чи посилювався та почастишав біль за останній час? Чи змінилася толерантність до навантаження, чи збільшилась потреба у нітратах.

2.2. Збір анамнезу життя:

- 2.2.1. Встановити, які лікарські засоби приймає пацієнт щоденно.
- 2.2.2. З'ясувати, які лікарські засоби пацієнт прийняв після появи клінічних симптомів, що нагадують ГІМ.
- 2.2.3. З'ясувати наявність факторів ризику серцево-судинних захворювань: артеріальна гіпертензія, тютюнопаління, цукровий діабет, гіперхолестеринемія. Виявити в анамнезі інші супутні захворювання: порушення ритму серця, порушення мозкового кровообігу, онкологічних захворювань, виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, захворювань крові та наявність у минулому кровотеч, ХОЗЛ, тощо.
- 2.2.4. Зібрати загальний алергологічний анамнез та з'ясувати, чи є алергічні реакції на прийом лікарських засобів.

3. Проведення огляду та фізичного обстеження

- 3.1. Оцінка загального стану та життєво важливих функцій: свідомості, дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE (Додаток З).
- 3.2. Відповідно до показань усунути порушення життєво важливих функцій організму – дихання, кровообігу.
- 3.3. Візуальна оцінка:
 - 3.3.1. Колір шкірного покриву, вологість, наявність набухання шийних вен.
4. Оцінка стану серцево-судинної та дихальної системи пацієнта
 - 4.1. Пульс, його характеристика.
 - 4.2. ЧД, його характеристика.
 - 4.3. АТ – вимірювання АТ на обох руках.
 - 4.4. Перкусія ділянки серця: звернути увагу на наявність збільшення меж серцевої тупості.
 - 4.5. Пальпація ділянки серця: оцінити верхівковий поштовх та його локалізацію.
 - 4.6. Аускультация серця та судин: оцінити тони та наявність шумів, наявність ІІІ тону серця або ІV тону серця.
 - 4.7. Аускультация легень: наявність вологих хрипів. Слід мати на увазі, що у багатьох пацієнтів з ГІМ при фізичному обстеженні відхилень від нормальних показників може не бути.

5. Проведення інструментального обстеження в амбулаторії

- 5.1. Реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях або передача біометричних ЕКГ-сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ. За наявності ЕКГ-ознак ГІМ – виклик бригади екстреної медичної допомоги. У разі, коли на початку клінічних проявів ГІМ відсутні електрокардіографічні ознаки, реєстрацію ЕКГ необхідно повторювати з інтервалом 20–30 хвилин.

3.1.4.1. Лікувальна тактика Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Положення пацієнта лежачи з піднятою злєпка головою. Хворим на ГІМ для зменшення навантаження на міокард необхідно обмежити фізичне навантаження, забезпечити повний

психологічний спокій, не дозволяти самостійного пересування пацієнта.

- 2. Проведення оксигенотерапії** показане пацієнтам зі зниженням сатурації менше 95%. Інгаляцію зволеним киснем проводити за допомогою маски або через носовий катетер зі швидкістю 3–5 л/хв.
- 3. Забезпечення венозного доступу.**
Усім пацієнтам з ГІМ у перші години захворювання або у разі виникнення ускладнень показана катетеризація периферичної вени. Венозний доступ проводиться шляхом виконання стандартної процедури венозної пункції з дотриманням заходів асептики/антисептики катетером для внутрішньовенної пункції, який ретельно фіксується пов'язкою.
- 4. Надання медичної допомоги до прибуття бригади екстреної медичної допомоги**

4.1. За наявності ЕКГ-критеріїв ГІМ

Обов'язкові:

- Нітрогліцерин під язик у таблетках (0,5–1,0 мг), в аерозолі (1–2 дози або 0,4–0,8 мг). У разі необхідності та при нормальному рівні АТ повторювати прийом кожні 5–10 хвилин.
- АСК у дозі 160–325 мг, розжувати.
- Блокатори β -адренорецепторів призначаються всім пацієнтам з ГІМ, які не мають протипоказань.
- Введення блокаторів β -адренорецепторів протипоказане пацієнтам з брадикардією, клінічними ознаками гіпотензії або застійної серцевої недостатності.
- Наркотичні анальгетики: морфін або тримеперидин. Перевага надається морфіну – вводити дробно по 2–5 мг кожні 5–15 хвилин до припинення болювого синдрому та задухи або появи побічної дії (гіпотензії, пригнічення дихання, блювоти). При цьому метамізол натрію не використовують. Можливе використання морфіну або тримеперидину у разі недостатньої ефективності метамізолу натрію.
- У разі відсутності наркотичних анальгетиків – як виняток можливе застосування ненаркотичних анальгетиків (метамізол натрію) у комбінації з діазепамом, які вводити внутрішньовенно повільно.

Бажані:

- Клопідогрель 300 мг всередину. Ефективним є застосування комбінації АСК та клопідогрелю.
- Гепарин – внутрішньовенно струминно 5000 ОД – при ГКС без підйому сегмента ST (ІМ без зубця Q і нестабільна стенокардія).

4.2. У разі тільки клінічного (без ЕКГ) діагностування ГІМ

Обов'язкові:

- Нітрогліцерин під язик у таблетках (0,5–1,0 мг), в аерозолі (1–2 дози або 0,4–0,8 мг). У разі необхідності та нормальному рівні АТ повторювати прийом кожні 5–10 хвилин.
- АСК у дозі 160–325 мг, розжувати.
- У разі відсутності наркотичних анальгетиків – як виняток можливе застосування ненаркотичних анальгетиків: розчини метамізолу натрію та діазепаму вводити внутрішньовенно повільно.

5. Забезпечити організацію термінової госпіталізації пацієнта у ЗОЗ, який надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу.

- Здійснити виклик бригади екстреної медичної допомоги (тел. 103) або екстреної допомоги (тел. 112) для проведення обов'язкової госпіталізації пацієнта у стаціонарне відділення.
- Обов'язково дочекатися приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги та до її прибуття забезпечити монітування стану пацієнта, проведення лікувальних заходів та готовність до проведення реанімаційних заходів.
- Для збереження часу надати керівнику бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги відомості з анамнезу пацієнта та вказати час виникнення перших симптомів ГІМ.

Довготривале лікування пацієнта після виписки із стаціонару виконується згідно з **медико-технологічними документами зі стандартизації медичної допомоги при стабільних формах ішемічної хвороби серця.**

Джерело: офіційний сайт МОЗ України www.moz.gov.ua