



<b>Наименование структурного подразделения:</b>	Отделение специализированной помощи		
<b>Названия документа:</b>	СОП «Нестабильная стенокардия»		
<b>Утвержден:</b>	Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б.		
<b>Дата утверждения:</b>			
<b>Разработчик:</b>	<i>Должность</i>	<i>Ф.И.О.</i>	<i>Подпись</i>
	Врач кардиологи	Бегасилов С.	
	Заведующий отделением	Садыхов Г.Б.	
<b>Согласовано:</b>	Заместитель гл.врача по лечебному делу	Анаркулова У.О.	
	Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг	Рысбаев С.Т.	
	Врач эксперт		
<b>Дата согласования:</b>	04.01.2024г.		
<b>Дата введения в действие</b>	04.01.2024г.		
<b>Версия №</b>	<b>Копия №</b> _____	04 /01 _____ / 2024г. Ф.И.О. _____ Подпись _____	

Дата последнего пересмотра « 04 » « 01 » 2023г  
Дата следующего пересмотра « \_\_\_\_\_ » « \_\_\_\_\_ » 2027г



## Алгоритм действия при ОКС без подъема ST.

### Нестабильная стенокардия, мелкоочаговый инфаркт

#### миокарда (догоспитальный этап)


#### 1. Первый контакт с врачом (участковым, кардиологом поликлиники):

- 1) Снять ЭКГ. Следует зарегистрировать электрокардиограмму и начать мониторирование ЭКГ для контроля за ритмом сердца (рекомендуется многоканальное мониторирование ЭКГ для контроля за ишемией миокарда). При повторных эпизодах боли в грудной клетке следует зарегистрировать ЭКГ во время боли и после ее исчезновения (спонтанного или под влиянием нитратов или других средств). Чрезвычайно информативно сравнение зарегистрированной ЭКГ со «старыми», особенно при наличии сопутствующей патологии сердца, например гипертрофии левого желудочка. Лабораторная оценка включает в себя определение маркеров повреждения миокарда; предпочтительны сердечный тропонин Т или сердечный тропонин I (диагностическая и прогностическая ценность определения этих тропонинов одинакова). Качественный анализ.
- 2) Вызов скорой помощи или экстренная госпитализация в лечебное учреждение, предпочтительно имеющее блок интенсивной терапии (БИТ) для кардиологических больных или хотя бы специализированное кардиологическое отделение.
- 3) Дать аспирин, если больной его еще не получает (разжевать 160-325 мг препарата, не покрытого оболочкой).
- 4) При продолжающейся боли - дать нитроглицерин под язык при отсутствии гипотонии.
- 5) Дать Б-блокатор внутрь при отсутствии явных клинических противопоказаний (выраженная гипотензия, брадикардия, нарушения проводимости по ЭКГ).
- 6) Обеспечить соблюдение постельного режима.
- 7) Оценить выраженность факторов, способствующих усугублению ишемии - гипертония, сердечная недостаточность, аритмии. Принять меры к их устранению или уменьшению.

#### 2. Врач скорой помощи:

- 1) Если состояние заставило вызвать скорую помощь по поводу боли или неприятных ощущений (дискомфорта) в грудной клетке, то вероятность наличия ОКС чрезвычайно высока, и основной целью должна быть как можно более быстрая госпитализация (не тратить время на вызов так называемой «специализированной» бригады!).
- 2) При подтверждении диагноза ОКС без подъема сегмента ST:
  - обезболивание при необходимости внутривенно опиоиды - морфин 2 мг, с увеличением дозы на 2 мг каждые 5 мин, максимально 8 мг;
  - антикоагулянтная терапия.Антикоагулянты прямого действия (из ниже перечисленных, что есть):



	ГКП на ПХВ <b>"Ленгерская городская поликлиника"</b> УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

- эноксапарин-1 мг (100 антиХаЕД)/кг подкожно каждые 12 ч. Непосредственно перед первой подкожной инъекцией можно ввести внутривенно болюс в 30 мг (->000 антиХаЕД);
  - нефракционированный гепарин, внутривенно болюс 60-70 ЕД/кг (но не более 5000 ЕД), далее постоянная внутривенная инфузия;
  - гепарин-с начальной скоростью 12-15 ЕД/кг/ч (но не более 1000 ЕД/кг/ч). В последующем доза подбирается по АЧТВ, которое должно превышать контрольное для » данного реактива в 1,5-2,5 раза;
  - 3. фондапаринукс - начальная доза 2.5 мг в/в; далее п/к 2.5 мг один раз в день до 9 дней.
  - 8) Дезагрегантная терапия:
  - 4. аспирин - первоначальная доза 160-325 мг (форма, не покрытая оболочкой). Затем 75-100 мг 1 раз в сутки (лекарственная форма, как покрытая, так и не покрытая кишечнорастворимой оболочкой);
  - 5. клопидогрель - для более быстрого начала эффекта может быть использована нагрузочная доза 300, которым планируется чрескожные вмешательства - 600 мг, затем 75 мг 1 раз в сутки;
  - 9) Бета-блокаторы:  
Первая доза (3-блокаторов должна вводиться внутривенно.
  - 6. метопролол - вводят по 5 мг в течение 1-2 мин с 5-минутными интервалами. Суммарная доза составляет 15 мг. Через 15 мин после введения последней дозы переходят к назначению (3-блокатора внутрь;
  - 7. пропранолол - вводят в дозе 0.5-1 мг. Через 1-2 часа после введения назначают 13- блокатор внутрь.
  - 10) Ингибиторы АПФ.  
Применение ингибиторов АПФ у больных с наличием сердечной недостаточности является обязательным. Препаратом выбора должны быть короткодействующие - капотен, каптоприл 25 мг, под контролем АД.
  - 11) Нитраты.  
Внутривенная инфузия показана в первые 24-48 часов при следующих состояниях:
  - 8. наличие сердечной недостаточности;
  - 9. сохраняющаяся ишемия миокарда;
  - 10. гипертензия.
- Противопоказано введение нитратов при систолическом АД ниже 90 мм. рт. ст. и брадикардии, ЧСС менее 50 уд./мин

**Указание условия пересмотра СОП:** Пересмотр СОП проводится 1 раз в 3 года или при появлении новых требований.



## 2. Нормативные ссылки:

- Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению» № ҚР ДСМ-175/2020;

- Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2021 года «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» « № ҚР ДСМ – 111.

- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2021 года № «Об утверждении «Правил оказания первичной медико-санитарной помощи» ҚР ДСМ-90

## Лист регистрации изменений

№	№ раздела, пункта стандарта, в которое внесено изменение	Дата внесения изменения	ФИО лица, внесшего изменения



