

Кардиология

№ п/п	Диагноз	Объем медицинской помощи	Тактика
1.	Острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, отек легких)	ЭКГ Придать положение с высоко поднятым изголовьем Пульсоксиметрия Оксигенотерапия: от ингаляции O_2 через маску до ВВЛ и ИВЛ в зависимости от сатурации (целевой уровень $SpO_2 > 90\%$) ЭКГ мониторинг Катетеризация вены или внутрикостный доступ	1. Медицинская эвакуация в стационар на носилках с приподнятым головным концом 2. При отказе от медицинской эвакуации в стационар – актив в поликлинику
1.1	при систолическом АД ≥ 100 мм рт. ст.	Нитраты под язык или в виде аэрозоля- спрей нитроглицерина 200 мкг, или изосорбida динитрат по 1,25 мг(или раствор изосорбida динитрат или нитроглицерин - инфузия со скоростью 10 мкг в мин., следует применять с осторожностью, тщательно титруя дозу под контролем АД (при АД более 150/90 мм.рт.ст.) Морфин до 10 мг в/в в разведении натрия хлорида 0,9%-20мл, дробно в минимальной эффективной дозе Фуросемид 40 - 80 мг в/в <u>При отсутствии эффекта и сохранении САД > 150 мм рт. ст.:</u> Эналаприлат 1,25 мг в/в (предпочтителен при острой левожелудочковой недостаточности) Урапидил 12,5 - 25 мг в/в	
1.2	при систолическом АД < 90 мм рт. ст.	Допамин 0,5%-10 мл в разведении натрия хлорида 0,9% - 250 мл в/в капельно 5 - 10 мкг/кг/мин или Норэpineфрин 16 мг в разведении Натрия хлорида 0,9% - 250 мл в/в капельно 0,5 - 5 мкг/кг/мин.	
2.	Гипертоническая болезнь (вне криза)	ЭКГ	1. Рекомендовать обратиться в поликлинику 2. Актив в поликлинику 3. Медицинская эвакуация в стационар на носилках: при отсутствии эффекта от проведенной терапии; при головной боли и наличии в анамнезе аневризмы сосудов головного мозга.
2.1	при повышении САД более чем на 20 ммрт.ст. от привычного	сублингвально Каптоприл 12,5 - 25 мг или Моксонидин 0,4 мг Внимание: максимальная суточная доза моксонидина 0,6 мг, разделенная на два приема Избегать назначения нифедипина короткого действия, клонидина у пожилых	
3.	Гипертонический криз неосложненный	ЭКГ Снижение АД выполнять постепенно: сублингвально Каптоприл 12,5 - 25 мг или Моксонидин 0,4 мг	1. Рекомендовать обратиться в поликлинику 2. Актив в поликлинику

		<p>Внимание: максимальная суточная доза моксонидина 0,6 мг, разделенная на два приема</p> <p>При отсутствии эффекта (снижение уровня АД менее чем на 15 - 25% от исходной величины):</p> <p>Урапидил 25 мг (5 мл) в разведении натрия хлорида 0,9% - 10 мл, в течение 5 минут в/в вводится половина полученного раствора (12,5 мг препарата) или Эналаприлат 1,25 мг в/в</p> <p>Если достигнуто снижение АД на 15 - 25% от исходной величины, то введение Урапидила прекращается, не допускать резкого снижения АД!</p> <p>Если через 5 - 7 мин. после введения препарата не отмечается снижение АД на 15 - 25% от исходной величины, то вводится вторая половина раствора.</p> <p>Урапидил оказывает дозозависимый эффект и его введение осуществляется обязательно под контролем уровня АД</p>	<p>3. Медицинская эвакуация в стационар на носилках:</p> <p>при отсутствии эффекта от проведенной терапии;</p> <p>при головной боли и наличии в анамнезе аневризмы сосудов головного мозга.</p>
3.1	при тахикардии \geq 100 ударов в мин.	Внутривенно Метопролол 5 - 15 мг или сублингвально Пропранолол 10 - 20 мг (при отсутствии противопоказаний)	
3.2	при хронической почечной недостаточности	сублингвально Моксонидин 0,2- 0,4 мг Противопоказаны: ингибиторы АПФ и диуретики	
3.3	при беременности	Нифедипин 10 мг тщательно разжевать и запить водой. Магния сульфат 25%-16.0 мл в разведении натрия хлорида в/венно медленно (в течение 10 минут) Противопоказаны: ингибиторы АПФ и диуретики	
4.	Гипертонический криз осложнённый:	ЭКГ	
4.1	энцефалопатией	р-р Магния сульфата 25%-10 мл в разведении натрия хлорида 10%-10 мл в/в медленно Предпочтительно - Эналаприлат 1,25 мг в/в, Урапидил 25 мг в/в	1. Медицинская эвакуация в стационар на носилках с приподнятым головным концом 2. При отказе от медицинской эвакуации в стационар – актив в поликлинику
4.2	расслаивающей аневризмой аорты	Урапидил 25 мг (5 мл) в разведении натрия хлорида 0,9% - 10 мл, в течение 5 минут в/в, снижение АД на 25% за 5-10 мин, вплоть до нормальных цифр	
4.3	при ЧСС $>$ 100 в минуту	в/в Метопролол 5 - 15 мг или сублингвально Пропранолол 10 - 20 мг (при отсутствии противопоказаний)	
5.	Экстрасистолия желудочковая (частая монотопная более 30 в час, полиморфная, спаренные, залповые)	ЭКГ в/в Метопролол 5 - 15 мг или Амиодарон 300 мг в разведении декстрозы 5 % - 250 мл в/в капельно	Медицинская эвакуация при отсутствии эффекта от терапии.

6.	Неустойчивые (менее 30 секунд) пароксизмы эктопической тахикардии QRS< 0,12 сек (тахикардии с узким комплексом)	ЭКГ в/в Метопролол 5 - 15 мг или сублингвально Пропранолол 10 - 20 мг (при отсутствии противопоказаний)	Медицинская эвакуация при отсутствии эффекта от терапии.
7.	Устойчивые пароксизмы эктопической тахикардии QRS < 0,12 сек (тахикардии с узким комплексом) неосложненные	ЭКГ мониторинг Вагусные пробы (при отсутствии противопоказаний) При отсутствии эффекта: Трифосаденин (АТФ) 1 - 2 мл в/в болюсом без разведения При отсутствии эффекта через 10 минут: Верапамил 5 - 10 мг в/в или Метопролол 5-15 мг в/в	1.Медицинская эвакуация 2. При отказе от медицинской эвакуации в стационар – актив в поликлинику
7.1	осложнённые гипотонией (АД <90 мм рт. ст.), или острой сердечной недостаточностью, или ангинозными приступами	ЭКГ мониторинг Катетеризация вены или внутрикостный доступ проведение ЭИТ при уровне сознания > 8 баллов по шкале комы Глазго: Премедикация: Диазепам 10 мг в/в или диазепам, 0,5 мг/кг и фентанил, 0,005 - 0,008 мг/кг в/в Электроимпульсная терапия разрядом в режиме синхронизации 100 Дж, при неэффективности увеличить мощность заряда на 50 Дж	
8.	Устойчивые пароксизмы эктопической тахикардии QRS> 0,12 сек (тахикардии с широким комплексом) неосложненные	ЭКГ мониторинг Амиодарон 300 мг в/в в разведении декстрозы 5 % - 250 мл в/в капельно — только при стабильной гемодинамике и ЧСЖ менее 150	Медицинская эвакуация в стационар при неэффективности проведенной терапии
8.1	осложнённые гипотонией (АД <90 мм рт. ст.), или острой сердечной недостаточностью, или ангинозными приступами	ЭКГ мониторинг Катетеризация вены или внутрикостный доступ проведение ЭИТ при уровне сознания > 8 баллов по шкале комы Глазго: Премедикация: Диазепам 10 мг в/в или диазепам 0,5 мг/кг и фентанил 0,005 - 0,008 мг/кг в/в, Электроимпульсная терапия разрядом в режиме синхронизации 100 Дж, при неэффективности увеличить мощность заряда на 50 Дж	Медицинская эвакуация
9.	Фибрилляция - трепетание предсердий, пароксизм давностью менее 48 часов	ЭКГ мониторинг Катетеризация вены или внутрикостный доступ Амиодарон 300 мг в/в в разведении раствора Декстрозы 5 % - 250 мл в/в капельно	1. Медицинская эвакуация в стационар при неэффективности проведенной терапии

		Прокайнамид 500-1000 мг однократно в/в медленно (20-30 мг/мин) или Пропафенон 1,5-2 мг/кг в/в в течении 10 минут при их наличии (для пациентов без структурной патологии сердца (ПИКС, ФВ ЛЖ желудочка 40% и менее, ХСН, ГЛЖ более 14 мм по данным Эхо-КГ)	
9.1	Фибрилляция - трепетание предсердий, пароксизм впервые возникший	Метопролол 5-15 мг в/в или Верапамил 5 - 10 мг в/в (при противопоказаниях к метопрололу) с целью урежения ЧСС	Медицинская эвакуация
9.2	Пароксизм давностью более 48 часов или неуточненной давности при тахисистолии без признаков сердечной недостаточности	Не рекомендовано ритм восстанавливать на догоспитальном этапе. При ЧСЖ >100 в мин: Верапамил 5 - 10 мг в/в или Метопролол 5-15 мг в/в	1. Медицинская эвакуация 2. При отказе от медицинской эвакуации – актив в поликлинику
9.3	при тахисистолии с признаками сердечной недостаточности	Амиодарон 300 мг в/в медленно в разведении раствора Декстрозы 5 % - 250 мл в/в капельно <u>При отсутствии эффекта, ЧСС > 100 в минуту:</u> Дигоксин 0,25 мг в/в на растворе	
9.4	при пароксизме, осложнившемся гипотонией, отёком легких или затяжным ангинозным приступом	ЭКГ мониторинг проведение ЭИТ при уровне сознания > 8 баллов по шкале комы Глазго: Премедикация: Диазепам, 10 мг в/в или - диазепам, 0,5 мг/кг и фентанил, 0,005 - 0,008 мг/кг в/в, Электроимпульсная терапия разрядом в режиме синхронизации 100 Дж, при неэффективности увеличить мощность заряда на 50 Дж <u>Дополнительно при отёке легких:</u> см. подраздел данного раздела «Острая левожелудочковая недостаточность»	
9.5	При тахисистолии, сопровождающейся ангинозным приступом	Метопролол 5 - 15 мг в/в	
10	Брадиаритмии (ЧСС < 50 в 1 минуту) при стабильной гемодинамике и отсутствие приступов МЭС	ЭКГ Не требует лечения на этапе оказания скорой медицинской помощи Отменить все препараты, урежающие ЧСС	Медицинская эвакуация
10.1	при ЧСС < 40 в 1 минуту, стабильной гемодинамике	ЭКГ мониторинг Катетеризация вены или внутрикостный доступ Ингаляция кислорода при SpO ₂ ≤ 90% Атропин 0,5 - 1 мг в/в	
10.2	при ЧСС < 40 в 1 минуту и гипотонии или рецидивирующих приступах МЭС	ЭКГ мониторинг Ингаляция кислорода при SpO ₂ ≤ 90% Катетеризация вены или внутрикостный доступ Натрия хлорид 0,9% - 250 мл в/в капельно Атропин 0,5 - 1 мг в/в	

		<p>Допамин 0,5%-10 мл в разведении натрия хлорида 0,9% - 250 мл в/в капельно 10 - 15 мкг/кг/мин</p> <p><u>При отсутствии эффекта и рецидивирующих МЭС у больных без ИБС:</u></p> <p>Аминофиллин (эуфиллин) 240 мг в/в медленно</p> <p>Временная кардиостимуляция при технической возможности.</p>	
11.	Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (неосложненный) или впервые возникшая ПБЛНПГ (в сочетании с болевым синдромом)	<p>ЭКГ</p> <p>Передача ЭКГ с использованием системы дистанционной передачи ЭКГ "Кардиометр" по телефону с консультированием с центром АККД (приказ МЗ АК №316 от 26.07.2023).</p> <p>Определить показания и противопоказания к системному тромболизису с заполнением анкеты ТЛТ в карте вызова ЭКГ - мониторинг</p> <p>Пульсоксиметрия</p> <p>Ингаляция кислорода при $SpO_2 \leq 90\%$</p> <p>Ацетилсалициловая кислота 250 мг внутрь</p> <p>Клопидогрел 300 мг внутрь (если пациенту более 75 лет – 75 мг).</p> <p>Катетеризация вены или внутрикостный доступ (внутрикостный доступ для проведения ТЛТ не использовать!):</p> <p>Гепарин 5000 ЕД</p> <p>Метопролол 5 мг в/в при отсутствии противопоказаний(рутинно всем не нужно! только для пациентов с высокой ЧСС без признаков ОЛЖН и без гипотонии)</p> <p>При показаниях к ТЛТ – провести в соответствии с инструкцией к соответствующему препарату с последующей обязательной медицинской эвакуацией пациента в РСЦ.</p> <p>NB! В случае наличия противопоказаний к проведению догоспитального ТЛТ -гепарин не вводить!</p>	Медицинская эвакуация на носилках
11.1	при ангинозной боли	<p>Нитроглицерин спрей 0,4 мг сублингвально.</p> <p>Морфин до 10 мг в разведении натрия хлорида 20 мл в/в, медленно, дробно в минимально эффективной дозе, повторное введение морфина или фентанила допустимо при некупируемом болевом синдроме.</p>	

12.	Кардиогенный шок	<p>Пульсоксиметрия</p> <p>Ингаляция кислорода при $SpO_2 \leq 90\%$</p> <p>Катетеризация вены или внутрикостный доступ</p> <p>Натрия хлорид 0,9% - 250 мл в/в со скоростью 20 мл/мин. ,если нет признаков застоя по МКК</p> <p>При недостаточном эффекте:</p> <p>Допамин 50 мг в разведении натрия хлорида 0,9% - 250 мл в/в капельно (5 - 10 мкг/кг/мин)илиНорэpineфрин (норадреналин) 16 мг в разведении натрия хлорида 0,9% - 250 мл в/в капельно 0,5 - 5 мкг/кг/мин</p> <p>Противопоказано использование глюкокортикоидов!!</p>	Медицинская эвакуация на носилках
13.	Острый коронарный синдром без подъёма сегмента ST	<p>ЭКГ - мониторинг</p> <p>Пульсоксиметрия</p> <p>Ингаляция кислорода при $SpO_2 \leq 90\%$</p> <p>Ацетилсалициловая кислота 250 мг внутрь</p> <p>Катетеризация вены или внутрикостный доступ</p>	Медицинская эвакуация в стационар на носилках.
13.1	при ангинозной боли	<p>Нитроглицерин спрей 0,4 мг под язык.</p> <p>Морфин 10 мг в/в в разведении 20 мл физ. р-ра дробно в минимально эффективной дозе, повторное введение морфина или фентанила допустимо при некупируемом болевом синдроме</p>	
14.	Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)	<p>ЭКГ</p> <p>Оксигенотерапия: от ингаляции через маску до ВВЛ и ИВЛ в зависимости от сатурации (целевой уровень $SpO_2 > 90\%$)</p> <p>Гепарин натрия 10000 МЕ в/в</p>	Экстренная медицинская эвакуация в стационар на носилках (не тратить время на сбор вещей и документов).
15.	Расслаивающая аневризма аорты	<p>ЭКГ</p> <p>Катетеризация вены или внутрикостный доступ</p> <p>Поддержание медикаментозной гипотонии (САД на уровне не выше 90 мм рт. ст. при отсутствии признаков гипоперфузии):</p> <p>Морфин до 10 мг в/в дробно в минимально эффективной дозе</p> <p>Метопролол 5 - 15 мг в/в медленно (при необходимости)</p> <p>Оксигенотерапия</p>	Экстренная медицинская эвакуация в стационар на носилках (не тратить время на сбор вещей и документов).