

МАРШРУТИЗАЦИЯ
пациентов при сочетании острых сосудистых заболеваний и
хронической болезни почек

1. Пациенты с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST в зоне инвазивной стратегии транспортируются в региональный сосудистый центр (далее – РСЦ) или в первичное сосудистое отделение (далее - ПСО) по месту обращения без учета степени почечной дисфункции:

1) тактика дальнейшего ведения пациента при подтверждении у него почечной недостаточности определяется после выполнения чрескожного коронарного вмешательства:

а) пациенты, находящиеся на хроническом гемодиализе, после стабилизации состояния на 1-2 сутки переводятся в сосудистые центры медицинских организаций, где возможно его проведение (ГБУЗ НСО «ГНОКБ» (региональный сосудистый центр (далее – РСЦ № 2), ГБУЗ НСО «ГКБ № 11» (первичное сосудистое отделение (далее – ПСО № 10), ГБУЗ НСО «ГКБ № 34 (далее – РСЦ № 9);

б) пациентам с хронической болезнью почек (далее – ХБП) в анамнезе или впервые выявленным снижением почечной функции проводится консервативная терапия с ежедневным мониторингом уровня креатинина, скорости клубочковой фильтрации. При критическом снижении почечной функции: уровни креатинина в плазме крови более 700 мкмоль/л, калия более 6 ммоль/л, мочевины более 35 ммоль/л, пациент консультируется врачом-нефрологом отделения экстренной и плановой медицинской помощи и решается вопрос о дальнейшей тактике его лечения и маршрутизации.

2. Пациенты с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST в зоне фармако-инвазивной стратегии после проведения догоспитального тромболизиса транспортируются в РСЦ по месту обращения.

2.1. Тактика лечения пациента с учетом степени почечной недостаточности определяется после выполнения системного тромболизиса, оценки его эффективности и оценки почечной функции:

а) пациенты, находящиеся на хроническом гемодиализе, с ХБП в анамнезе и впервые выявленным снижением почечной функции при уровне креатинина в плазме крови более 700 мкмоль/л, калия более 6 ммоль/л, мочевины более 35 ммоль/л для проведения спасающего и планового чрескожного коронарного вмешательства (далее – ЧКВ) направляются в ГБУЗ НСО «ГНОКБ» (РСЦ № 2), после предварительного согласования на уровне телефонной консультации с дежурным кардиологом РСЦ № 2 (контактный телефон: +7-983-510-9105);

б) пациенты с ХБП без критического снижения показателей почечной функции в момент ее оценки после проведения системного тромболизиса, для проведения спасающего и планового ЧКВ направляются в РСЦ в соответствии с маршрутизацией (приложения № 4,5,7,8 к настоящему приказу).

3. Пациенты с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST:

1) крайне высокого риска:

а) маршрутизируются в РСЦ и ПСО по месту жительства;

б) при госпитализации в РСЦ оценка почечной функции и тактика дальнейшего ведения определяется после выполнения ЧКВ;

в) при госпитализации в ПСО в кратчайшее время должны быть переведены в РСЦ;

2) высокого риска:

а) маршрутизируются в РСЦ и ПСО по месту жительства;

б) тактика лечения с учетом выраженности почечной недостаточности и степени риска ОКС уточняется при поступлении пациента в стационар в ходе получения результатов лабораторных и инструментальных исследований;

в) пациенты, находящиеся на хроническом гемодиализе, с ХБП в анамнезе и впервые выявленным, с критическим снижением почечной функции (уровни креатинина в плазме крови более 700 мкмоль/л, калия более 6 ммоль/л, мочевины более 35 ммоль/л) для проведения коронарной ангиографии и ЧКВ направляются в ГБУЗ НСО «ГНОКБ» (РСЦ №2), после предварительного согласования на уровне телефонной консультации с дежурным врачом-кардиологом РСЦ (контактный телефон: +7-983-510-9105) в сроки до 24 часов с момента развития ОКС;

г) пациенты с ХБП без критического снижения показателей почечной функции в момент ее оценки для проведения ЧКВ направляются в РСЦ в соответствии с маршрутизацией (приложения № 4,5,7,8,9 к настоящему приказу) в сроки до 24 часов с момента развития ОКС;

3) низкого риска:

а) маршрутизируются в РСЦ и ПСО по месту жительства;

б) вопрос о целесообразности проведения ЧКВ рекомендуется обсуждать после тщательной оценки соотношения риска и пользы данной процедуры, с учетом выраженности нарушения функции почек.

4. Пациенты с ОКС, находящиеся на хроническом гемодиализе, при стабилизации течения острого коронарного синдрома для дальнейшего лечения могут быть переведены в кардиологическое отделение МО, максимально приближенной к диализному центру пациента, с рекомендациями по дальнейшей диагностике и лечению.

5. Пациенты с ХБП без критического снижения почечной функции нуждаются:

1) в ежедневном лабораторном мониторинге в условиях РСЦ и ПСО;

2) в использовании при умеренной и тяжелой ХБП (СКФ -15-44 мл/мин/1,73 м²), в ходе ЧКВ минимального количества низко- и изомолярного контрастного вещества. Если ожидаемый объем контрастного вещества во время КАГ/ЧКВ превышает 100 мл., рекомендуется проведение гидратации с использованием изотонического раствора натрия хлорида — в/в инфузия со скоростью 1 мл/кг/ч

до и как минимум 24 ч. после ее окончания (для пациентов с ФВ ЛЖ $\leq 35\%$ или хронической СН >2 ФК по NYHA — 0,5 мл/кг/ч). Возможно использование методик с гидратацией под контролем центрального венозного давления или в/в введением фуросемида с восполнением объема потерянной жидкости изотоническим раствором натрия хлорида.
