

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

от 08.09.2017

г.Мурманск

№ 539

**Об организации оказания медицинской помощи
больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения
на территории Мурманской области**

В целях совершенствования организации оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения (далее - ОНМК) на территории Мурманской области, в соответствии с приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» (далее – Приказ),

п р и к а з ы в а ю :

1. Утвердить:

1.1. Положение об организации оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (далее – ОНМК) на территории Мурманской области (со схемой маршрутизации пациентов с подозрением на ОНМК).

1.2. Поэтапные алгоритмы оказания медицинской помощи больным с подозрением на ОНМК.

1.3. Форму опросника для диспетчеров скорой медицинской помощи (далее – СМП) для использования во время телефонного разговора с целью своевременного распознавания острого инсульта (тест «FAST»).

1.4. Форму «Чек-листа» оказания СМП пациенту с ОНМК.

1.5. Форму бланка информированного добровольного отказа от госпитализации и медицинского вмешательства больного с подозрением на ОНМК.

1.6. Протокол процедуры тромболизиса при ишемическом инсульте.

1.7. Протокол описания МСКТ - исследования головы без внутривенного контрастирования.

1.8. Протокол тестирования функции глотания.

1.9. Форму «Чек-листа» оценки качества оказанной медицинской помощи пациенту с ОНМК.

2. Рекомендовать к использованию:

2.1. Клинические протоколы по тактике ведения пациента с ОНМК, клинические шкалы (приложение № 1).

2.2. Индивидуализированную программу вторичной профилактики ОНМК (приложение № 2).

3. Руководителям подведомственных медицинских организаций обеспечить:

3.1. Организацию деятельности медицинских организаций по оказанию медицинской помощи пациентам с ОНМК в соответствии с нормативными документами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства здравоохранения Мурманской области.

3.2. Взаимодействие и преемственность в вопросах организации оказания медицинской помощи больным с ОНМК между структурными подразделениями медицинских организаций, первичными сосудистыми отделениями для лечения пациентов с ОНМК, региональным сосудистым центром.

3.3. Наличие в медицинских организациях препаратов для выполнения стандартов оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК.

3.4. Принятие мер по укомплектованию вакантных ставок медицинских работников, подготовку и переподготовку медицинских кадров, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ОНМК.

3.5. Взаимодействие с местными средствами массовой информации по вопросам профилактики инсульта, первых симптомах заболевания, методах самопомощи, необходимости раннего обращения за медицинской помощью, а также по популяризации деятельности регионального сосудистого центра и первичных сосудистых отделений.

3.6. Проведение мероприятий по выявлению лиц с риском возникновения сосудистых заболеваний, проведению первичной и вторичной профилактики ОНМК.

3.7. Контроль за организацией динамического наблюдения пациентов, перенесших ОНМК, в соответствии с требованиями нормативных документов Минздрава России и Министерства.

3.8. Проведение клинических врачебных конференции с разбором ошибок диагностики и ведения больных с ОНМК.

4. Главным внештатными специалистами Министерства Петуховой М.А., Джулаю И.А., Соколову П.А. реализовывать плановые мероприятия по информированию населения Мурманской области по вопросам профилактики инсульта, первых симптомах заболевания, методах самопомощи, необходимости раннего обращения за медицинской помощью. Отчет о выполнении мероприятий предоставлять в Министерство ежегодно в срок - до 25 декабря текущего года.

5. Рекомендовать руководителям медицинских организаций других Министерств и ведомств, расположенных на территории Мурманской области:

5.1. Организацию деятельности медицинских организаций по оказанию медицинской помощи пациентам с ОНМК в соответствии с нормативными документами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства здравоохранения Мурманской области.

5.2. Взаимодействие и преемственность в вопросах организации оказания медицинской помощи больным с ОНМК между структурными

подразделениями медицинских организаций, региональным сосудистым центром.

5.3. Наличие в медицинских организациях препаратов для выполнения стандартов оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК.

5.4. Принятие мер по укомплектованию вакантных ставок медицинских работников, подготовку и переподготовку медицинских кадров, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ОНМК.

5.5. Взаимодействие с местными средствами массовой информации по вопросам профилактики инсульта, первых симптомах заболевания, методах самопомощи, необходимости раннего обращения за медицинской помощью.

5.6. Проведение мероприятий по выявлению лиц с риском возникновения сосудистых заболеваний, проведению первичной и вторичной профилактики ОНМК.

5.7. Контроль за организацией динамического наблюдения пациентов, перенесших ОНМК, в соответствии с требованиями нормативных документов Минздрава России и Министерства.

5.8. Проведение клинических врачебных конференции с разбором ошибок диагностики и ведения больных с ОНМК.

6. Считать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Мурманской области от 12.12.2013 № 752 «О совершенствовании организации оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Мурманской области».

7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра Ушакову Л.Г.

Министр



В.Г.Перетрухин

УТВЕРЖДЕНО
приказом
Министерства здравоохранения
Мурманской области
от 08.09.2017 № 539

**Положение
об организации оказания медицинской помощи больным с ОНМК
на территории Мурманской области (далее – Положение)**

Настоящее Положение устанавливает правила оказания медицинской помощи больным с ОНМК на территории Мурманской области.

Медицинская помощь больным с ОНМК оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- специализированной медицинской помощи;
- паллиативной медицинской помощи.

Медицинская помощь больным с ОНМК оказывается в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- вне медицинской организации (по месту вызова бригады СМП), а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное наблюдение и лечение).

Медицинская помощь оказывается на основе порядков, стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения), утвержденных и рекомендованных к использованию Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Оказание медицинской помощи больным с ОНМК осуществляется в рамках последовательного процесса, начинающегося на догоспитальном этапе, который продолжается в стационарных условиях медицинских организаций.

Маршрутизация пациентов с подозрением на ОНМК в стационары Мурманской области регламентируется нормативными документами Министерства здравоохранения Мурманской области (далее – Министерство).

Оказание медицинской помощи больным с ОНМК на догоспитальном этапе осуществляется специалистами бригад СМП согласно алгоритму ведения больных с подозрением на ОНМК на догоспитальном этапе.

Диспетчеры службы СМП во время телефонного контакта для диагностики

острого инсульта в обязательном порядке используют тест «FAST» («лицо- рука- речь- время»).

С целью определения показаний к проведению системной тромболитической терапии специалист бригады СМП заполняет «чек-лист» оказания скорой медицинской помощи пациенту с ОНМК и передаёт его дежурному врачу - неврологу (дежурному врачу) медицинской организации, в которую осуществлена транспортировка пациента.

При отказе пациента или его законного представителя от госпитализации в стационар медицинской организации оформляется письменный информированный отказ от госпитализации и проведения диагностических манипуляций.

Госпитализации в экстренном порядке подлежат все пациенты с подозрением на ОНМК, включая подозрения на транзиторную ишемическую атаку (далее – ТИА), транзиторную глобальную амнезию (далее - ТГА), с давностью развития заболевания не более 28 дней.

Пациенты с остро развившейся очаговой и/или менингеальной симптоматикой с уровнем сознания по Шкале ком Глазго (далее - ШКГ) 9 и более баллов транспортируются в соответствии с утвержденной настоящим приказом схемой маршрутизации, при наличии медицинских показаний незамедлительно переводятся из медицинской организации в первичное сосудистое отделение (далее – ПСО), региональный сосудистый центр (далее – РСЦ) или медицинскую организацию, оказывающую помощь больным с ОНМК.

В случае развития комы следует провести дифференциальный диагноз с комами другой этиологии (диабетической, травматической, алкогольной и др.).

Пациенты с ОНМК и уровнем сознания по ШКГ 8 и менее баллов с нарушенными витальными функциями (отсутствие самостоятельного дыхания, нестабильной гемодинамикой) при высоком риске транспортировки в медицинскую организацию, оказывающую помощь больным с ОНМК (согласно схемы маршрутизации), транспортируются в ближайшую медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь по профилям «Неврология» или «Терапия». Лечащий врач выше обозначенной медицинской организации, в которую транспортирован пациент с ОНМК и уровнем сознания 8 и менее баллов по ШКГ, в течение 12 часов осуществляет посредством телефонной связи или телемедицинской консультации консультацию врача - невролога прикрепленного ПСО или медицинской организации, оказывающей помощь больным с ОНМК по вопросу тактики ведения, возможных сроках перевода пациента в ПСО или РСЦ или медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь больным с ОНМК.

Пациентам с уровнем сознания по ШКГ 8 и менее баллов проводится недифференцированная терапия в стационарных условиях ближайшей медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по профилям «Неврология» или «Терапия»; при выходе на уровень сознания ШКГ 9-12 баллов осуществляется перевод в ПСО или РСЦ или медицинскую организацию,

оказывающую помощь больным с ОНМК с обязательным предварительным оповещением принимающей стороны (не позднее 28 дня от начала заболевания).

Пациенты с психическими нарушениями (деменции различного генеза, грубый психоорганический синдром и т.д.), заболеваниями системы крови в терминальной стадии (острые лейкозы, хронические лейкозы и лимфопролиферативные заболевания), онкологические заболевания в терминальной стадии (не подлежащие специальному противоопухолевому лечению - клиническая группа 4 транспортируются в ближайшую медицинскую организацию (оказывающую медицинскую помощь по профилям «Неврология» или «Терапия»). Лечащий врач медицинской организации, в которую транспортирован пациент с вышеобозначенными заболеваниями, в течение 12 часов осуществляет посредством телемедицинской консультации (при отсутствии возможности – посредством телефонной связи) консультацию врача - невролога ПСО или РСЦ или медицинской организации, оказывающей помощь больным с ОНМК по вопросу тактики ведения, возможных сроках перевода пациента в ПСО, медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь больным с ОНМК.

Стационарная медицинская помощь пациентам с ОНМК в Мурманской области оказывается:

- в медицинских организациях, имеющих в своем составе неврологическое отделение для больных с ОНМК (ПСО): ПСО №1 ГОАУЗ «Мончегорская ЦРБ»; ПСО № 2 ГОБУЗ «Мурманская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»; ПСО № ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница имени П.А. Баяндина»;

- в медицинских организациях, не входящих в зоны обслуживания ПСО: имеющих в своей структуре неврологическое отделение и компьютерный томограф (далее – КТ): неврологическое отделение ГОБУЗ «Апатитско-Кировская ЦГБ» (филиал в г.Кировске) (койки неврологические интенсивные), неврологическое отделение ГОБУЗ «Кандалакшская ЦРБ» (койки неврологические для больных с ОНМК); имеющими в своей структуре терапевтическое отделение с неврологическими койками и компьютерный томограф: терапевтическое отделение ГОБУЗ «Печенгская ЦРБ» (филиал в г. Заполярный), ФГБУЗ ЦМСЧ № 120 ФМБА России (г. Снежногорск).

Стационарная медицинская помощь пациентам с ОНМК осуществляется в соответствии с алгоритмами поэтапного ведения пациентов.

В каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь пациентам с ОНМК, разрабатывается и утверждается внутренний пошаговый алгоритм оказания медицинской помощи больным с ОНМК, учитывающий условия оказания медицинской помощи в медицинской организации и требования нормативных документов Минздрава России и Министерства.

Врачи, оказывающие медицинскую помощь больным с ОНМК, в процессе

диагностики и лечения используют в своей работе следующие протоколы:

- протокол процедуры тромболизиса при ишемическом инсульте;
- протокол описания компьютерной томографии головы, без внутривенного контрастирования;
- клинические протоколы по тактике ведения пациента с ОНМК, клинические шкалы (приложение № 1);
- протокол тестирования функции глотания;
- программу индивидуализированной вторичной профилактики ОНМК (приложение № 2).

Маршрутизация пациентов с ОНМК на дальнейший этап лечения в зависимости от состояния и прогноза на дальнейшую реабилитацию осуществляется на основании заключения мультидисциплинарной бригады (при отсутствии - врачебной комиссией), по решению консилиума специалистов медицинской организации (с обязательной фиксацией в медицинской карте стационарного больного) в соответствии правилами направления пациентов для проведения лечения в условиях круглосуточного стационара в медицинские организации Мурманской области, утвержденными нормативным документом Министерства здравоохранения Мурманской области.

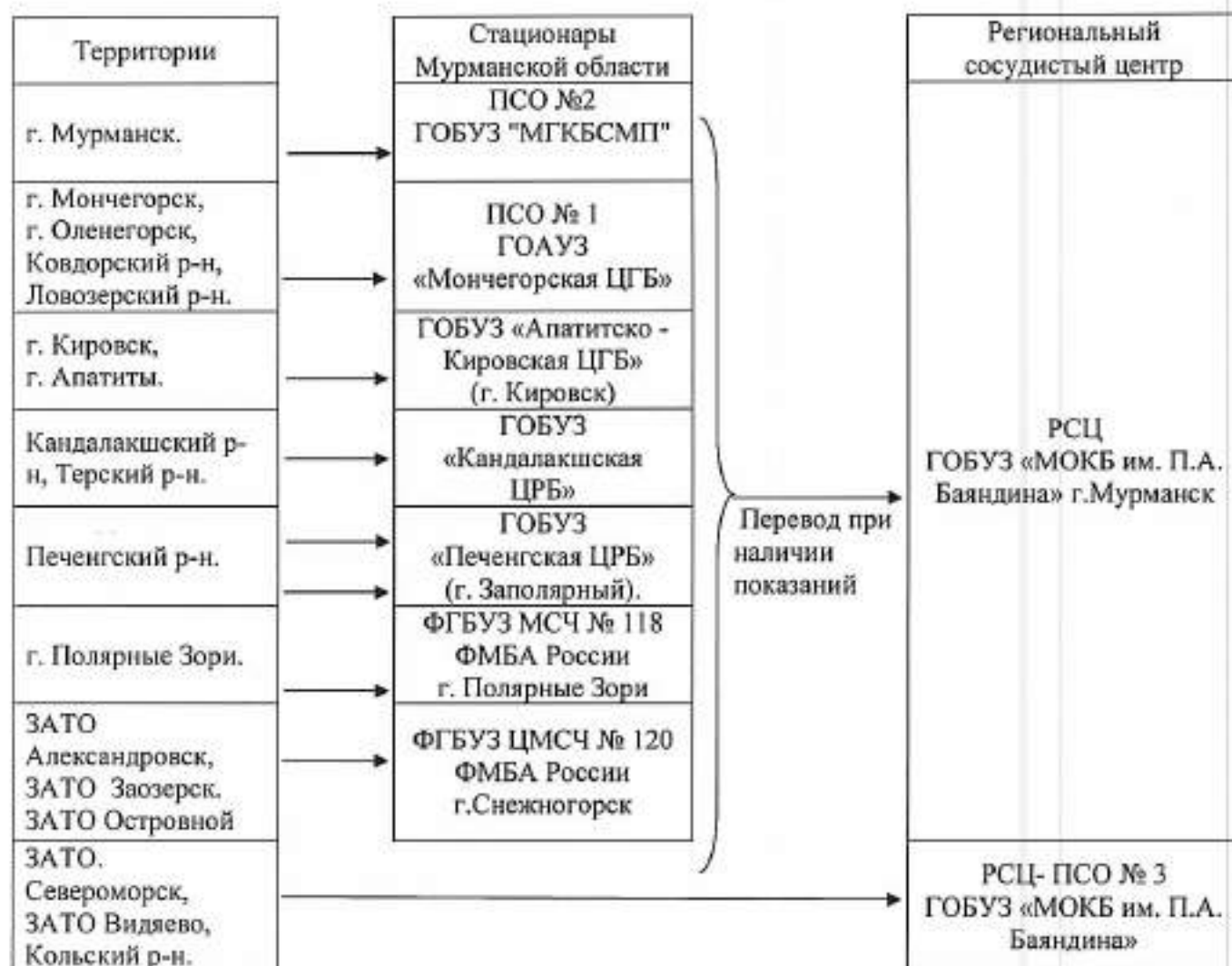
По окончании стационарного этапа лечения лечащий врач заполняет «чек-лист» оценки качества медицинской помощи пациенту с ОНМК и направляет его в региональный сосудистый центр (e-mail: tanyashved@rambler.ru) не позднее 7 суток с момента выписки пациента из стационара.

Администрация медицинской организации, в которой проходил лечение пациент с ОНМК, обеспечивает передачу выписных медицинских документов в поликлинику по месту жительства для осуществления дальнейшего динамического наблюдения и лечения.

Поликлиника, осуществляющая дальнейшее наблюдение и лечение пациента, перенесшего ОНМК, руководствуется алгоритмом диспансерного наблюдения и нормативными документами по диспансерному наблюдению, разработанными Минздравом России и Министерством.

Врачебный персонал, оказывающий медицинскую помощь больному с ОНМК, руководствуется Приказом, настоящим нормативным документом, другими нормативными документами, разработанными Министерством, а также национальными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению ОНМК, рекомендованными к использованию на территории Российской Федерации.

Схема маршрутизации пациентов с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения на территории Мурманской области



УТВЕРЖДЕНО
 приказом
 Министерства здравоохранения
 Мурманской области
 от 08.09.2017 № 539

**Поэтапные алгоритмы оказания медицинской помощи
 больным с подозрением на ОНМК**

<u>Этап 1, догоспитальный.</u>	
1.1. <u>Первый контакт медицинского работника с больным ОНМК</u> (врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), фельдшер ФАП, врач (фельдшер) скорой медицинской помощи (далее – СМП))	
Клинические проявления	Мероприятия
Острая очаговая и (или) общемозговая симптоматика: нарушение сознания, речи, глотания, функции конечностей по типу парезов или параличей, нарушение чувствительности по гемитипу, выпадение полей зрения, асимметрия мимических мышц, менингеальные симптомы.	1. <u>Сбор жалоб</u> (уточнение времени появления симптомов), анамнеза заболевания (факторы риска: сахарный диабет, артериальная гипертензия, перенесенные ОНМК в анамнезе, перенесенные оперативные вмешательства на сосудах шеи и сердца и др.), самостоятельная медикаментозная терапия (предшествовавшая и с момента появления жалоб).
	2. <u>Осмотр больного с оценкой общего состояния</u> : измерение артериального давления (далее - АД), частоты сердечных сокращений (далее - ЧСС), температуры тела, частоты дыхательных движений (далее - ЧДД), оценка неврологического дефицита. 2.1. Дополнительно для бригады СМП – запись электрокардиограммы; определение глюкозы крови; пульсоксиметрия; заполнение «чек-листа».
	3. <u>Вызов бригады СМП</u> (для врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейный врач), фельдшера ФАП)
	4. <u>Присутить к оказанию медицинской помощи</u> : 4.1. Коррекция дыхательных нарушений – оксигенотерапия обязательна. 4.2. При снижении уровня сознания до сопора и ниже, при риске аспирации, брадипноэ (ЧДД менее 12/мин) или тахипноэ (ЧДД выше 30/мин), показана интубация трахеи, также возможна установка воздуховода. Транспортировка интубированных больных только на аппарате искусственной вентиляции легких (далее – ИВЛ), на фоне медицинской седации короткодействующими гипнотиками.

	<p><u>Недопустима</u> транспортировка на спонтанном дыхании через эндотрахеальную трубку.</p> <p>4.3. Коррекция АД проводится при цифрах:</p> <ul style="list-style-type: none"> - более 220/110 мм. рт. ст. при подозрении на ишемический или недифференцированный инсульт, - более 170/100 мм. рт. ст. при подозрении на геморрагический инсульт. <p><u>Целевой уровень снижения АД составляет не более 15%.</u></p> <p>Препараты выбора: каптоприл, раствор магния сульфата. Избегать применения препаратов, резко снижающих давление (нифедипин, клонидин).</p> <p>4.4. Коррекция водно-электролитного обмена – использовать раствор хлорида натрия 0,9 %, а также гидроксизилкрахмал 6 %.</p> <p>4.5. Борьба с отеком головного мозга и повышением внутричерепного давления - транспортировка больного с приподнятым до 30° головным концом (<u>без сгибания шеи!</u>).</p> <p>4.6. Купирование судорожного синдрома – использовать диазепам 10 мг в/в медленно, при неэффективности повторно 10 мг в/в через 3–4 минуты.</p> <p><u>Недопустимо:</u> введение лазикса, гипоосмолярных растворов.</p> <p>4.7 Коррекция нарушения уровня гликемии:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гипогликемия (ниже 2,7 ммоль/л) – срочная коррекция раствором глюкозы 40% - 20 – 40мл, с последующим контролем гликемии через 10 минут, при гликемии ниже 5,5 ммоль/л, повторное введение раствора глюкозы 40% 20 – 40 мл. (максимально до 100мл) - гипергликемия – не корректируется.
1.2.	<p><u>Транспортировка больного ОНМК</u> (врач (фельдшер) СМП) в соответствии со схемой маршрутизации.</p>
	<p><i>Оснащение машины СМП при транспортировке больного с ОНМК:</i> комплект аппаратуры для проведения базовой сердечно-легочной реанимации, пульсоксиметр портативный, электрокардиограф трехканальный, набор для катетеризации периферических вен и проведения инфузионной терапии, аспиратор (механический или электроотсасыватель), редуктор-ингалятор кислородный с не менее чем 1 баллоном газовым кислородным (объемом не менее 1л), экспресс-измеритель концентрации глюкозы в крови портативный с набором тест-полосок.</p>
1.2.1. Во время транспортировки	<p>1. <i>Врач (фельдшер) СМП:</i></p> <p>1.1 перед началом транспортировки информирует по телефону медицинскую организацию (приемное отделение) согласно схеме маршрутизации больного с ОНМК.</p>

	<p>Схема доклада о больном с подозрением на ОНМК:</p> <ul style="list-style-type: none"> - фамилия, имя, отчество, возраст больного - место случая, включая название населенного пункта - время начала заболевания (если время неизвестно, то время, когда больной был здоров или его видели здоровым) - ориентировочное время прибытия в медицинскую организацию - необходимость встречи пациента врачом – анестезиологом - реаниматологом. <p>1.2. Во время транспортировки проводит мониторинг показателей гемодинамики, продолжает начатую терапию и проведение симптоматической терапии.</p>
1.2.2. В приемном отделении медицинской организации	<p>1.3. Передаёт пациента дежурному врачу - неврологу, при его отсутствии - дежурному врачу – терапевту вместе с оформленным «чек-листом».</p> <p>2. Бригада СМП:</p> <p>2.1 ожидает результатов КТ- исследования. Время ожидания - 40 минут. В случае не подтверждения диагноза ОНМК и отсутствия показаний для оказания экстренной медицинской помощи, бригада СМП обеспечивает транспортировку в стационар по месту жительства.</p>
<u>Этап 2, госпитальный.</u>	
2.1. Приемное отделение	Мероприятия
2.1.1. До поступления больного (после сообщения бригады СМП о транспортировке пациента)	<p>1. Дежурная медицинская сестра приемного отделения:</p> <p>1.1.информирует о транспортировке больного с ОНМК: дежурного врача-невролога (терапевта), дежурного лаборанта, дежурного врача-рентгенолога и при необходимости дежурного врача-анестезиолога-реаниматолога.</p> <p>1.2. Подготавливает процедурный кабинет к забору анализов.</p>
2.1.2. Во время нахождения в стационаре (20мин.)	<p>2.Дежурный врач - невролог (терапевт) - при получении сообщения от дежурной медсестры приемного отделения:</p> <p>2.1. Безотлагательно прибывает в приемное отделение и ожидает пациента.</p> <p>2.2. По прибытии пациента проводит экстренный осмотр пациента (оценка состояния жизненно-важных функций, общего состояния, неврологического</p>

	<p>статуса), оценку возможности и необходимости выполнения тромболитической терапии (приложение №6), наличие показаний/противопоказаний к КТ головы, КТ-ангиографии сосудов шеи и головы.</p> <p>2.3. Контролирует забор крови (глюкоза крови, АЧТВ, МНО, тромбоциты).</p> <p>2.4. Сопровождает пациента в кабинет КТ.</p> <p>2.4.1. В случае выхода из строя аппарата КТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - М-ЭХО оценка смещения срединных структур головного мозга; - консультация врача - окулиста (оценка глазного дна); - люмбальная пункция (при отсутствии противопоказаний). <p>3. Дежурный врач – рентгенолог (рентген-лаборант):</p> <p>3.1 подготавливает аппарат КТ к выполнению исследования сразу после получения сообщения о транспортировке пациента;</p> <p>3.2 интерпретация полученных результатов проводится в соответствии с протоколом описания КТ головы, без внутривенного контрастирования.</p>
<p>2.1.3. Во время нахождения в стационаре (40 мин.)</p>	<p>4. Дежурный врач-невролог (терапевт) после осмотра и проведения КТ головы:</p> <p>4.1. При исключении диагноза ОНМК – оформляет амбулаторный осмотр и передает пациента дежурному терапевту или бригаде СМП.</p> <p>4.2. При выявлении ишемического инсульта:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценивает результаты лабораторных тестов (<i>Контрольное время готовности лабораторных тестов – 20 мин с момента их забора</i>); - принимает окончательное решение о проведении системной тромболитической терапии, заполняет протокол ТЛТ и прикрепляет его в медицинскую карту стационарного больного; - зачисляет больного за неврологическим отделением для больных с ОНМК (неврологическим, терапевтическим отделением).
<p>2.1.4. Во время нахождения в стационаре (60 мин.).</p>	<p>4.3. Дежурный врач-невролог (терапевт) при выявлении внутримозгового и/или субарахноидального кровоизлияния:</p> <ul style="list-style-type: none"> - обеспечивает экстренную консультацию врача-нейрохирурга <ul style="list-style-type: none"> ✓ посредством телемедицины; ✓ посредством телефонной связи (при отсутствии

	<p>телемедицины);</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ очная консультация (при наличии врача-нейрохирурга в медицинской организации); ✓ при необходимости вызов бригады врачей – нейрохирургов. <p>- при наличии показаний к оперативному лечению (по заключению врача-нейрохирурга) обеспечивает перевод в региональный сосудистый центр (отделение нейрохирургии МОКБ).</p> <p><i>Контрольное время консультации врача-нейрохирурга не более 60 мин. от момента установления диагноза.</i></p> <p>4.4. Обеспечивает транспортировку больного с ОНМК в ОАР или БИТР соответствующего отделения.</p>
2.2. Клиническое отделение	Мероприятия
2.2.1. В первые три часа с момента поступления в стационар.	<p>1. В блоке интенсивной терапии и реанимации (БИТР или ОАР) проводятся:</p> <p>1.1 оценка неврологического статуса с использованием оценочных шкал NIHSS, Рэнкин, Ривермид, Шкала ком Глазго;</p> <p>1.2 оценка соматического статуса</p> <p>1.3 стандартизированное скрининговое тестирование функций глотания;</p> <p>1.4 оценка нутритивного статуса;</p> <p>1.5 лабораторные исследования крови (ОАМ, креатинин, мочевины, трансаминазы, белок и фракции, билирубин, КЩС, глюкоза, маркеры гепатитов, коагулограмма, группа крови и Rh) и мочи;</p> <p>1.6 дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных сосудов и транскраниальное дуплексное сканирование;</p> <p>1.7 определение тактики ведения и назначение необходимых мероприятий, направленных на предотвращение повторного развития ОНМК;</p> <p>1.8 лечебные мероприятия в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи больным с ОНМК и протоколами ведения и лечения пациентов с ОНМК.</p>
2.2.2. В первые сутки с момента поступления в стационар.	<p>2. В течение всего срока пребывания в ОАР (БИТР):</p> <p>2.1 осуществляется мониторинг неврологического и соматического статуса врачами –реаниматологом и врачом-неврологом, с обязательными записями в</p>

	<p>медицинской карте стационарного больного;</p> <p>2.2. с первых суток проводится комплекс мероприятий, направленный на восстановление нарушенных вследствие ОНМК функций нервной системы, в котором участвует бригада специалистов: врач лечебной физкультуры, врач - физиотерапевт, логопед, инструктор по лечебной физкультуре, медицинский психолог, социальный работник (по клиническим показаниям привлекаются иные специалисты);</p> <p>2.3. все специалисты, участвующие в мероприятиях ранней реабилитации пациента, оставляют дневниковые записи в медицинской карте стационарного больного с первого дня пребывания;</p> <p>2.4. не реже 1 раза в неделю выполняются совместные обходы мультидисциплинарной бригады с записью в медицинской карте стационарного больного;</p> <p>2.5. длительность пребывания больного с ОНМК (в том числе с транзиторной ишемической атакой, транзиторной глобальной амнезией) в ОАР/БИТР определяется тяжестью состояния больного, но не менее 24 часов.</p>
<p>2.2.3. На 2-3 сутки с момента поступления в стационар.</p>	<p>3. Больным с ишемическим инсультом или транзиторной ишемической атакой со следующими критериями:</p> <ul style="list-style-type: none"> - возраст старше 18 лет, - оценка по модифицированной шкале Рэнкина до развития ОНМК - 0 баллов. - с уровнем нарушения бодрствования не глубже оглушения (ШКГ 12 и более баллов), - наличие ипсилатерального атеросклеротического стеноза экстракраниальных отделов внутренней сонной артерии $\geq 70\%$, оцененного с помощью дуплексного сканирования выполняется телемедицинская консультация заведующего (лица исполняющего его обязанности) неврологическим отделением для больных с ОНМК регионального сосудистого центра с целью определения дальнейшей тактики ведения. <p>4. Имобилизированным пациентам (оценка по шкале Рэнкин 4 и более баллов, оценка по шкале Ривермид 2 и менее баллов), имеющим высокий риск тромбоэмболии:</p> <ul style="list-style-type: none"> - максимально ранняя активизация больного, включая

	<p>методы пассивной нагрузки (вертикализация, механотерапия),</p> <ul style="list-style-type: none"> - ношение компрессионного трикотажа (чулки) или эластичное бинтование нижних конечностей, перемежающаяся пневмокомпрессия, - дуплексное исследование сосудов нижних конечностей, - антикоагулянтная терапия (предпочтительно не прямые оральные антикоагулянты или низкомолекулярные гепарины) в эффективной дозе при отсутствии противопоказаний. <p>5. Ранние реабилитационные мероприятия проводятся весь период нахождения пациента в стационаре</p>
<p>2.2.4 окончание стационарного лечения</p>	<p>6. Оценка контрольных показателей качества оказания медицинской помощи больным с ОНМК.</p> <p>6.1. Лечащий врач заполняет «чек-лист» и направляет его (не позднее 7 суток после выписки) в адрес руководителя регионального сосудистого центра.</p> <p>6.2. Составляет индивидуальную программу вторичной профилактики ОНМК, 1-й экземпляр которой выдает на руки пациенту (законному представителю), а 2-й экземпляр оставляет в медицинской карте стационарного больного.</p>
<p>Этап 3. Реабилитация.</p>	
<p>По окончании срока стационарного лечения маршрутизация пациентов с ОНМК на дальнейший этап лечения осуществляется в зависимости от состояния и прогноза на дальнейшую реабилитацию на основании заключения специалистов мультидисциплинарной бригады (при отсутствии - врачебной комиссией медицинской организации), по решению консилиума специалистов медицинской организации (с обязательной фиксацией в медицинской карте стационарного больного) в соответствии правилами направления пациентов для проведения лечения в условиях круглосуточного стационара в медицинские организации Мурманской области, утвержденными нормативным документом Министерства здравоохранения Мурманской области.</p> <p>При определении последующего этапа лечения обязательна оценка по шкалам: модифицированная шкала Рэнкин, индекс мобильности Ривермид.</p>	
<p>3.1 Состояние больного</p>	<p>Место реабилитации</p>
<p>3.1.1. Пациенты с ОНМК после проведенного лечения с оценкой по шкале мобильности Ривермид 8 - 15 баллов</p>	<p>Направляются на долечивание и реабилитацию:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в поликлинику по месту жительства или в отделения реабилитации амбулаторно-поликлинических учреждений; - на санаторное долечивание в санатории, расположенные на территории Мурманской области;

	<ul style="list-style-type: none"> - ГОАУЗ «Мурманский областной центр лечебной физкультуры и спортивной медицины»; - в установленном порядке для оказания специализированной медицинской помощи в федеральные специализированные медицинские организации.
3.1.2. Пациенты с ОНМК после проведенного лечения с оценкой по шкале мобильности Ривермид 2-7 баллов	<p>Направляются на долечивание и реабилитацию:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в отделения реабилитации для больных с заболеваниями ЦНС и органов чувств медицинских организаций Мурманской области; - в установленном порядке для оказания специализированной медицинской помощи в федеральные специализированные медицинские организации.
3.1.3. Пациенты с ОНМК после проведенного лечения с оценкой по шкале мобильности Ривермид 0 - 1 балла	<p>Направляются:</p> <ul style="list-style-type: none"> - для организации ухода на дому под наблюдением медицинского работника поликлиники по месту жительства; - в отделение/койки сестринского ухода стационара по месту жительства больного транспортом принимающей медицинской организации в сопровождении фельдшера или родственников пациента (по желанию родственников), в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по профилю «паллиативная медицинская помощь». - специализированные учреждения социальной защиты населения по направлению медицинской организации по месту жительства.
4. Диспансерное наблюдение.	
4.1. В течение 2-х дней после выписки (смерти) пациента администрация стационара медицинской организаций обеспечивает направление выписных медицинских документов в поликлинику по месту жительства.	
4.2. Врач – терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), фельдшер, наделенный функциями лечащего врача	<p>В течении первых 2-х суток (после получения выписки из медицинской карты стационарного больного или информации из других источников о выписке пациента после перенесенного ОНМК) лечащий врач активно посещает пациента на дому или приглашает пациента на диспансерный приём в поликлинику (зависит от мобильности пациента);</p> <ul style="list-style-type: none"> - определяет дальнейшую тактику ведения и

	<p>реабилитационную программу;</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводит коррекцию терапии (при необходимости); - по прошествии 6 месяцев (после острого периода) ОНМК со стабильным течением осуществляет пожизненное наблюдение пациента с кратностью 1-2 раза в 6 мес.
<p>4.3. Врач – невролог поликлиники по месту жительства пациента</p>	<p>В течении первых 6 месяцев после выписки из стационара осматривает пациента 2-3 раза (по показаниям – дополнительно), затем в течении 2 лет болезни с кратностью 1 раз в 6 месяцев, в последующем – осмотры по назначению лечащего врача.</p>

УТВЕРЖДЕНА
 приказом
 Министерства здравоохранения
 Мурманской области
 от 08.09.2017 № 539

**Форма опросника для диспетчеров службы СМП
 для использования во время телефонного контакта
 с целью своевременного распознавания острого инсульта
 (тест «FAST»)**

1. Нарушение речи.	<input type="checkbox"/> есть <input type="checkbox"/> нет	Необходимо выявить <u>вновь</u> возникшие нарушения речи (спросить об изменениях речи у окружающих, отметить неразборчивость речи, затруднения в понимании обращенной речи, выполнении простых команд, при назывании окружающих предметов и повторении сказанной фразы).
2. Парез мимических мышц Поражённая сторона лица.	<input type="checkbox"/> есть <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> левая <input type="checkbox"/> правая	Необходимо выявить <u>вновь</u> возникшую значительную асимметрию лица в покое, при выполнении команды улыбнуться или оскалить зубы.
3. Слабость в руке Поражённая рука	<input type="checkbox"/> есть <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> левая <input type="checkbox"/> правая	Поднимите обе руки пациента на 90° в положении сидя и на 45° в положении лежа, удерживайте их 5 секунд, а затем одновременно отпустите. Отметить «есть» в случае опущения одной из двух рук.

**При наличии одного признака – срочное направление бригады СМП*

«Чек-лист» оказания СМП пациенту с ОНМК
 (заполняется врачом/фельдшером бригады СМП)

№ п/п	Критерии	Значение
1.	Время начала симптоматики ОНМК	_____ ч. _____ мин.
2.	АД мм.рт.ст.	_____ / _____
3.	Глюкоза крови, моль/л (тест-полоска)	_____
4.	ЭКГ - наличие нарушения сердечного ритма (ФП, ПБЛНПГ, трепетание предсердий)	Да/Нет
5.	Нарушения сознания (оглушение/сопор/кома)	Да/Нет
5.1	Ответ ДА в пункте 5 означает транспортировку с установленным воздуховодом и приподнятым головным концом,	Да/Нет
6.	Нарушение речи	Да/Нет
7.	Нарушение глотания	Да/Нет
8.	Выпадение полей зрения	Да/Нет
9	Слабость в конечностях	Да/Нет
.10.	Нарушение чувствительности	Да/Нет
11.	В анамнезе (нужное обвести):	СД/ЯБ/ОНМК/ОИМ*
12.	Пациент получал (нужное обвести):	Варфарин / НПОАК / Гепарин
13.	Внутривенный доступ с введение лекарственных препаратов	Да/Нет
14.	Информирование приемного покоя стационара о транспортировке	Да/Нет

Лист заполнил:

Врач/фельдшер (Ф.И.О. полностью) _____

Подпись _____

Дата _____

*Примечание: Контрольный лист передается с больным в стационар и подшивается в медицинскую карту стационарного больного.

* СД – сахарный диабет, ЯБ – язвенная болезнь желудка/ДПК.

**Информированный добровольный отказ
от госпитализации и медицинского вмешательства
больного с подозрением на ОНМК**

« » 20 г.
 час. мин.

1. Мне, _____
(Ф.И.О. пациента или одного из родителей или законного представителя) * (см. примечание)

Врачом (фельдшером) СМП _____
(Ф.И.О. врача (фельдшера))

разъяснено состояние моего здоровья на настоящий момент, и что мой добровольный отказ от госпитализации в стационар может привести к постановке неправильного диагноза, неэффективности лечения и повлечь за собой развитие нежелательных последствий, а именно: ухудшение самочувствия, прогрессирование заболевания, развитие осложнений в течении болезни, нетрудоспособность, смерть. Я понимаю, что объяснения, полученные мною от лечащего врача, могут быть не исчерпывающими и не включать все аспекты и возможные виды последствий; однако полученная мною информация мне понятна и достаточна для принятия решения.

2. Я отказываюсь от _____
(указать от чего отказываюсь: от осмотра, от госпитализации, от проведения каких-либо диагностических и/или лечебных мероприятий, от операции и т.д.)

что предложено мне врачом (фельдшером) СМП в соответствии с действующими стандартами оказания медицинской помощи; претензий к СМП не имею; содержание настоящего документа мною прочитано; принятое решение является свободным актом моего волеизъявления, что и удостоверяю своей подписью:

_____ / _____ /
подпись пациента
или одного из родителей
или законного представителя

_____ / _____ /
Фамилия, имя, отчество разборчиво

_____ / _____ /
подпись врача (фельдшера)

_____ / _____ /
Фамилия, имя, отчество разборчиво

* **Примечание:** в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в отношении: 1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 5 статьи 47 и частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство; 2) несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста).

Статья 54 часть 2. Несовершеннолетние, больные наркоманией, в возрасте старше шестнадцати лет и иные несовершеннолетние в возрасте старше пятнадцати лет имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него в соответствии с настоящим Федеральным законом, за исключением случаев оказания им медицинской помощи в соответствии с частями 2 и 9 статьи 20 настоящего Федерального закона.

Перед процедурой тромболитика убедиться в совпадении терапевтического окна ⇒

Дата и время инсульта Дата . 2 0 1 Время :

Начало инфузии Дата . 2 0 1 Время :

Конец инфузии Дата . 2 0 1 Время :

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: процедура тромболитика показана

При остром ишемическом инсульте рекомендуемая доза актилизе составляет 900 мкг/кг (МАКСИМАЛЬНО 90 МГ!), в виде в/в инфузии в течение 60 мин после первоначального в/в струйного введения дозы препарата, составляющей 10% от величины суммарной дозы.
В случае если вес больного превышает 55 кг, потребуется 2 флакона препарата. Каждый флакон с 50 мг препарата разводится 50 мл воды для инъекций (1мл = 1мг!!!). Первоначально следует в/в болюсно ввести рассчитанную 10%-дозу альтеплазы (рекомендуется развести на 20мл 0,9% раствора натрия хлорида). Затем в/в ввести 90%-дозу, рекомендуется с использованием инфузомата.

Расчёт суммарной дозы

$$900 \text{ мкг} \times \frac{\text{вес больного кг}}{1000} = \frac{\text{суммарная доза мкг}}{1000} = \text{суммарная доза мл}$$

Расчёт 10%-дозы для первоначального болюсного введения

$$\frac{\text{суммарная доза мл}}{100\%} \times 10\% = \text{10\% доза мл}$$

Расчёт 90%-дозы для последующего 60 минутного введения

$$\text{суммарная доза мл} - \text{10\% доза мл} = \text{90\% доза мл}$$

NIH Stroke Scale		0	15	30	45	1ч	3ч	24ч
1a. Уровень сознания		0,1,2,3						
1b. Ответы на вопросы		0,1,2						
1c. Выполнение команд		0,1,2						
2. Глазодвигательные реакции		0,1,2						
3. Зрение		0,1,2,3						
4. Парез лицевой мускулатуры		0,1,2,3						
5. Движения руками	- левая рука - правая рука	0,1,2,3,4,9						
6. Движения ногами	- левая нога - правая нога	0,1,2,3,4,9						
7. Атаксия в конечностях		0,1,2,9						
8. Чувствительность		0,1,2						
9. Речевая функция		0,1,2,3						
10. Дизартрия		0,1,2,9						
11. Угасание и отсутствие внимания (ранее игнориров-е)		0,1,2						
Сумма баллов								
Оценка по ШКГ								

Время «от двери до иглы» _____ мин.

В первые 24 часа после начала терапии АКТИЛИЗЕ применения ацетилсалициловой кислоты или внутривенного введения гепарина следует избегать. Если применение гепарина требуется по другим показаниям (например, для профилактики тромбоза глубоких вен), его доза не должна превышать 10 000 МЕ в день, при этом препарат вводится подкожно.

Врач-невролог (подпись) _____ (ФИО) _____

Зав. отделением (подпись) _____ (ФИО) _____

УТВЕРЖДЕН
приказом

Министерства здравоохранения
Мурманской области
от 08.09.2017 № 539

Протокол описания МСКТ (КТ) – исследования головы (без внутривенного контрастирования).

Общая информация

Наименование медицинской организации, Ф.И.О. пациента, дата и время исследования описания, плановое/экстренное исследование, без/с контрастным усилением (объем, наименование, концентрация КВ), первичное/повторное, сравнение с исследованием от ____ г.
Наличие артефактов: без артефактов, выявляются артефакты от движения пациента во время исследования.

НОРМА (шаблон описания):

Проведена КТ головного мозга и костей мозгового черепа с толщиной выделяемого слоя 1мм, мультипланарная реконструкция изображения.

Структура костей черепа не изменена, целостность не нарушена. Мягкие ткани не изменены. В веществе мозга очагов патологической плотности не выявлено. Наружные и внутренние ликворные пространства не деформированы, не расширены. Цистерны основания свободные. Срединные структуры мозга не смещены. Содержимое орбит без патологии. Пневматизация ППН не нарушена.

ПАТОЛОГИЯ:

1. Экстракраниальные ткани

При наличии гематомы указать размер в мм, плотность содержимого по возможности.

2. Кости черепа

Послеоперационные дефекты: локализация, с/без эни/субапоневротической прослойкой толщиной пролабирует/не пролабирует головной мозг в дефект на ..мм	Объемные образования/изменения костей: распространение, интра/экстракраниальные, размеры, возможная этиология и диф.ряд. (менингиома, фиброзная дисплазия и т.д.)	Деструкция: локализация, размеры и возможная причина (остеомиелит, на фоне объемного образования)	Переломы: вид – линейные; оскольчатые; вдавленные (импрессионные/депресссионные/экспрессионные + оценка степени вдавления костных фрагментов (в миллиметрах), компрессии

		<p>на вещество головного мозга, сдавление ликворных пространств) дырчатые.</p> <p>Патологический или нет, протяженность, распространение, расхождение швов, смещение отломков.</p> <p>При переломе височной кости, уточнение распространения линии перелома: продольный, поперечный, смешанный. Снижение воздушности.</p>
--	--	---

3. Экстрацеребральные пространства

<p>САК: локализация-конвексальные борозды, поверхностные цистерны и т.д.</p> <p>Толщина прослойки крови, мм. Вероятный генез травматическая/нестрауматическая.</p> <p>Возможная связь с разрывом аневризм. Внутримозговой или желудочковый ступок.</p>	<p>Оболочечные гематомы/жидкостные скопления: субдуральная/эпидуральная. Локализация относительно областей черепа; оценка по срокам возникновения, на основании плотности крововизилиния (острая, подострая, хроническая); оценка толщины оболочечной гематомы; объемное воздействие на головного мозг. Вероятный генез травматическая/нетравматическая</p>	<p>Пневмоцефалия: эпи/субдуральное, субарахноидальное расположение</p>
---	--	---

5. Желудочки мозга

Гидроцефалия: неокклюзионная; окклюзионная с определением уровня окклюзии (би/три/тетра-вентрикулярная). Признаки внутрижелудочковой гипертензии, увеличение размеров перивентрикулярный отёк, изменение формы рогов боковых желудочков.

6. Паренхима мозга

При выявлении патологических очагов: количество единичные/множественные, диффузное поражение. Размеры

(потрёвзаимоперпендикулярным плоскостям). Контуры (ровные/неровные, четкие/нечеткие), с/без перифокальным отёком, с/без компримирования прилежащей мозговой паренхимы и ликворных пространств. Структура и плотность очагов. При необходимости уточнения характера изменений – указать конкретную нейровизуализационную методику и оптимальные сроки её выполнения (экстренно/планово).

ОНМК по ишемическому типу:	Внутричерепное кровоизлияние:	Контузионные очаги:	Резидуальные изменения:	Объёмное образование:	Диффузные
<p>локализация бассейна кровоснабжения. Какому типу может соответствовать (атеротромбоз, гемодинамический, лакунарный, кардиоэмболический), при наличии - описать ранние признаки ишемического инсульта (ASPECTS)</p>	<p>локализация: лобарное / латеральное/ медиальное/ смешанное/ мозжечок/ ствол, стадия: (острая/ подострая/ хроническая). Наличие/отсутствие внутрижелудочкового кровоизлияния, локализация сгустков, тотальное/субтотальное заполнение. Фоновый процесс - аневризма, образование.</p>	<p>очага оценка по виду ушиба по виду (4 вида). Характер расположения – кортикально/ глубокие структуры мозга</p>	<p>этиология: посттравматические, послеоперационные, постинсультные, дисциркуляторные.</p>	<p>локализация, примерные размеры, плотностные характеристики и.</p>	<p>аксональное повреждение: кровоизлияния на границе серого и белого вещества, размерам и до нескольких их миллиметров, очаги в мозолистом теле, паравентрикулярно, очаги в стволе, мозжечке</p>

7. Срединные структуры

Указать направление смещения срединных структур мозга на уровне прозрачной перегородки в мм; вклинение под серп большого мозга;

восходящее/нисходящее трансенториальное; вклинение миндалин мозжечка; смещение в транспансионный дефект
8. Цистерны основания
Расширение или сужение цистерн, в частности обводная цистерна. Обязательно указание анатомического названия.
9. Сосуды
Обязательно указание анатомической локализации измененного сосуда (вена, артерия). Подозрение на синус-тромбоз. Гиперденсивность артерий.
10. Околососновые пазухи
Обязательно указание острого процесса, утолщение слизистой, наличие жидкости.
11. Орбиты
Изменения глазного яблока, мышц, жировой клетчатки
12. Шейный отдел позвоночника (на уровне сканирования)
Травматические изменения, аномалии развития, состояние спинного мозга, состояние паравертебральных мягких тканей.
13. Турецкое седло
Размеры, изменение формы и содержимого, наличие костных деструкций.

**СТАНДАРТИЗИРОВАННОЕ СКРИНИНГОВОЕ
ТЕСТИРОВАНИЕ ФУНКЦИИ ГЛОТАНИЯ**

Прежде, чем проводить тестирование – заполните этот лист (в течение первых 3-х часов с момента поступления пациента в стационар)

Ф.И.О.: Отделение _____ Палата

1. Пациент бодрствует или может быть разбужен? Реагирует на обращение? ДА

НЕТ

2. Может ли пациент быть посажен? Может ли сидя контролировать положение головы? ДА

НЕТ

Если вы ответили **НЕТ** хотя бы на 1 вопрос – остановитесь и

НЕ ПРИСТУПАЙТЕ К ТЕСТИРОВАНИЮ

Производите повторные оценки каждые 24 часа. Обсудите вопросы питания и гидратации с врачами.

3. Может ли пациент покашливать, если его попросить об этом? ДА

НЕТ

4. Может ли пациент контролировать слюну: вовремя проглатывать, не допускать истечение слюны изо рта? ДА

НЕТ

5. Может ли пациент облизать губы? ДА

НЕТ

6. Может ли пациент свободно дышать? ДА

НЕТ

Если ответы на 3-6 вопросы «ДА» – переходите к тестированию

Если на любой из вопросов вы ответили «НЕТ» – ОБРАТИТЕСЬ ЗА КОНСУЛЬТАЦИЕЙ К СПЕЦИАЛИСТУ ПО ГЛОТАНИЮ

7. Голос пациента влажный или хриплый? ДА обратитесь к специалисту по глотанию

НЕТ приступайте к тестированию

Если сомневаетесь, обсудите со специалистом по глотанию и/или врачом.

Лист заполнил(а):

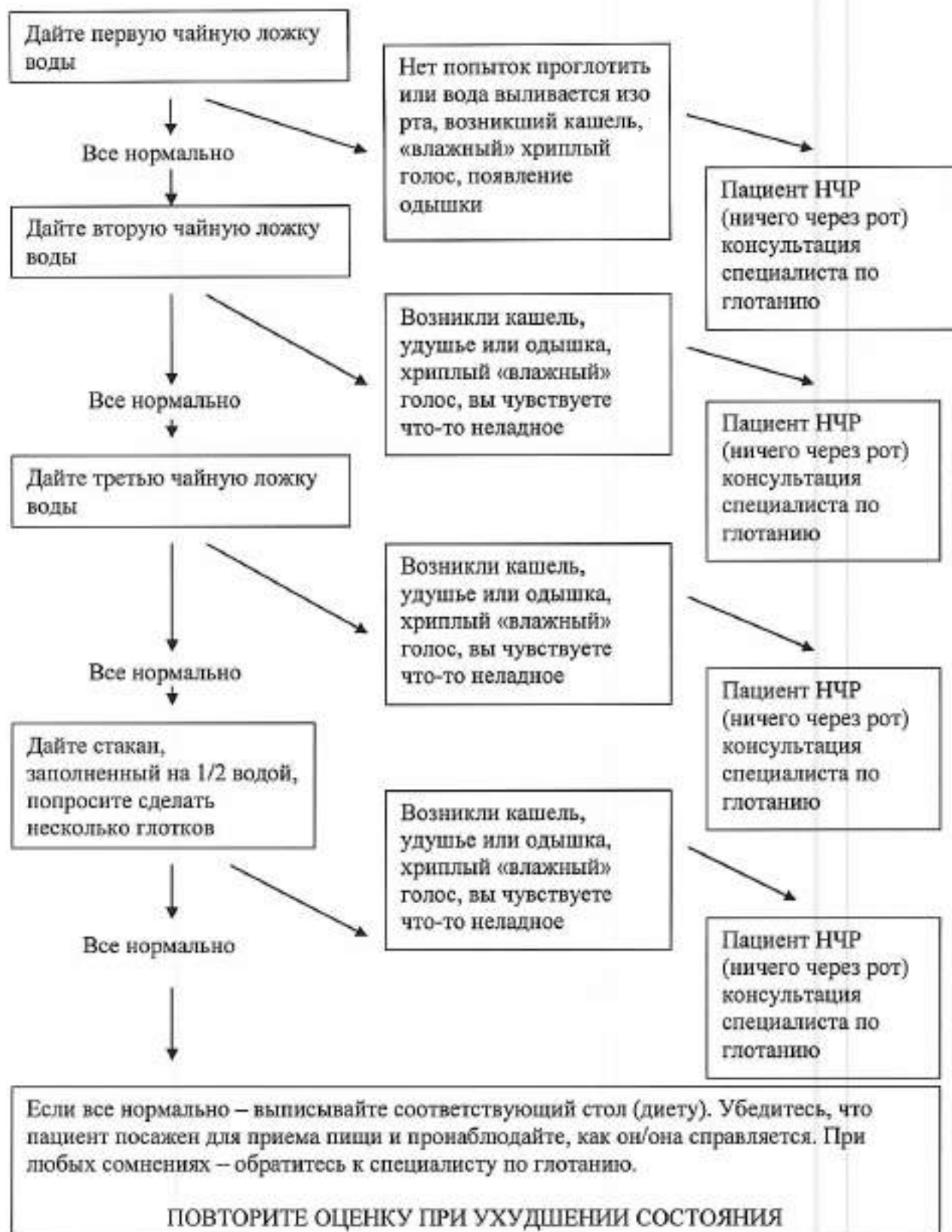
Дата: « _____ » _____ 20 _____

Время: _____ час. _____ мин.

Подпись: /Фамилия...../

СКРИНИНГОВОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ГЛОТАНИЯ

Пациент РАЗБУЖЕН и ПОСАЖЕН: Дата: ____ / ____ / ____



Скрининговое тестирование произвела:.....

УТВЕРЖДЕН
приказом
Министерства здравоохранения
Мурманской области
от 08.09.2017 № 539

ЧЕК-ЛИСТ оценки качества оказанной медицинской помощи пациенту с ОНМК
(заполняется лечащим врачом в мед.организации)

Наименование медицинской организации _____ № ИБ _____, возраст пациента _____

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1	Выполнена КТ-ангиография при субарахноидальном и/или внутримозговом кровоизлиянии	Да/Нет
2.	Выполнен системный внутривенный тромболитизис не позднее 40 минут от момента установления диагноза (при ишемическом инсульте при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнена спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости (при наличии менингеальной симптоматики и отсутствии признаков кровоизлияния по данным компьютерной томографии головы или при поломке аппарата КТ)	Да/Нет
4.	Начато лечение в условиях блока (палаты) интенсивной терапии или отделения реанимации не позднее 60 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
5.	Выполнено стандартизированное скрининговое тестирование функции глотания не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
6.	Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго и неврологического статуса по шкале инсульта NIH не позднее 3 часов от момента поступления в стационар, а также отражена динамика по указанным шкалам в течении первых суток.	Да/Нет
7.	Выполнено определение патогенетического варианта ишемического инсульта по критериям TOAST	Да/Нет
8.	Выполнена профилактика повторных сосудистых нарушений лекарственными препаратами группы антиагреганты при некардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта или лекарственными препаратами группы антикоагулянты при кардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Начата медицинская реабилитация (осмотрен врачом – ЛФК) не позднее 48 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
10	Проведена эластичная компрессия нижних конечностей и назначены НМГ в профилактической дозе у иммобилизованных пациентов не позднее 2-ых суток с момента поступления.	Да/Нет
11	Выполнено мониторирование Na-крови и линейной скорости кровотока в церебральных артериях при субарахноидальном кровоизлиянии	Да/Нет
11.1	При субарахноидальном кровоизлиянии назначен Нимодипин (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12	Наличие клинически обоснованных показаний для антимикробной терапии	Да/Нет
12.1	Целенаправленное назначение антимикробных препаратов по результатам посевов биологических сред	Да/Нет
13.	Выполнено УЗИ сосудов нижних конечностей у иммобилизованных пациентов, не позднее 10 суток с момента поступления	Да/Нет
14.	При назначении гипертонических растворов (Маннитол, ГиперХАЕС) проведен контроль осмолярности плазмы и Na-крови.	Да/Нет
15.	Назначены препараты, любой из: винпоцетин/пирacetам/пентоксифиллин/5% раствор глюкозы/преднизолон/дексаметазон/милдронат (обвести назначенный препарат)	Да/Нет

Лист заполнил:

Врач ФИО _____ Подпись _____ Дата _____

*Контрольный лист передается в РСЦ по факту выписки пациента с ОНМК.

**Клинические протоколы по тактике ведения пациента с ОНМК,
клинические шкалы**

Патогенетические подтипы ишемического инсульта, в соответствии с критериями TOAST:

1. Атеротромботический подтип:

- по данным УЗИ БЦА или КТ-ангиографии сосудов шеи и головного мозга – стеноз более 50 % или окклюзия интра- или экстракраниальной артерии ипсилатеральной пораженной полушарью;

- исключены потенциальные источники эмболии;

- по данным КТ или МРТ – повреждение коры головного мозга, мозжечка или субкортикальный полушарный инфаркт более 1,5 см. в диаметре.

2. Кардиоэмболический подтип:

- выявлены источники кардиоэмболии высокого или среднего риска (мерцательная аритмия, протезы клапанов сердца, свежий инфаркт миокарда (до 4 нед.), дилатационная кардиомиопатия, СССУ, миксома, инф.эндокардит и т.д.);

- по данным КТ или МРТ – повреждение коры головного мозга, мозжечка или субкортикальный полушарный инфаркт более 1,5 см. в диаметре;

- исключена потенциальная артерио-артериальная эмболия.

3. Лакунарный инсульт:

- наличие в клинической картине одного из лакунарных синдромов и отсутствие нарушения корковых функций;

- нормальные данные КТ/МРТ или субкортикальные/стволовые инфаркты менее 1,5 см. в диаметре.

4. Инсульт другой установленной этиологии:

- установлена редкая причина: неатеросклеротическая ангиопатия, заболевание крови, гиперкоагулопатия и др.;

- по данным КТ или МРТ – выявляется инфаркт любой локализации и размера;

- исключены потенциальные источники эмболии и стенозирующие атеросклеротические поражения церебральных артерий;

5. Инсульт неустановленной этиологии:

- не установлена причина инсульта или у пациента имеется две и более потенциальных причины инсульта (например ипсилатеральный стеноз более 50% и мерцательная аритмия);
- по данным КТ или МРТ – выявляется инфаркт любой локализации и размера.

Шкала ком Глазго (ШКТ)

Функции	Характер реакции	Оценка в баллах
Открытие глаз	Спонтанное открывание В ответ на словесную инструкцию В ответ на болевое раздражение Отсутствует	4 3 2 1
Двигательная активность	Целенаправленная в ответ на словесную инструкцию Целенаправленная в ответ на раздражение («отдергивание конечности») Нецеленаправленная в ответ на болевое раздражение («отдергивание со сгибанием конечности») Патологические тонические сгибательные движения в ответ на болевое раздражение Патологические тонические разгибательные движения в ответ на болевое раздражение Отсутствие двигательной реакции на болевое раздражение	6 5 4 3 2 1
Словесные ответы	Сохранность ориентации: быстрые, правильные ответы Спутанная речь Отдельные непонятные слова; неадекватная речевая продукция Нечленораздельные звуки Отсутствие речи	5 4 3 2 1

Интерпретация полученных результатов по шкале комы Глазго:

- 15 баллов - сознание ясное
- 13-14 баллов - оглушение
- 9-12 баллов - сонор
- 4-8 баллов - кома
- 3 балла - гибель коры

Шкала Ханта-Хесса

Используется для классификации субарахноидального кровоизлияния

Степень тяжести	Характеристика
I	Бессимптомное течение или несильная головная боль, нерезкие менингеальные симптомы
II	Умеренная и сильная головная боль, выраженные менингеальные симптомы, глазодвигательные нарушения
III	Оглушение, очаговый неврологический дефицит
IV	Сопор, выраженный неврологический дефицит (грубый гемипарез или гемиплегия), вегетативные нарушения
V	Кома, отсутствие реакции на внешние раздражители или децеребрационная ригидность

Добавляется 1 балл, если у пациента выявляются сопутствующие системные заболевания: Артериальная гипертензия, сахарный диабет, атеросклероз, ХОБЛ, или вазоспазм при ангиографии.

Возможности шкалы Ханта-Хесса

- 1 и 2 балла оперируются незамедлительно при выявлении аневризмы.
- ≥ 3 баллов лечатся консервативно до достижения 2 или 1 степени.
- Но жизнеугрожающая гематома оперируется незамедлительно при любой степени по Хант-Хесс.

Хирургическая летальность:

- 0-1 балл = 5% наблюдений
- 2 = 9%
- 3 = 10 -15 %
- 4 =33%
- 5 = 70 -100%

Шкала инсульта Национального института здоровья (NIHSS)

Признак	Балл	Описание	Комментарии
1. Сознание	0	Ясное	15 баллов по ШКГ
	1	Оглушение	13-14 баллов по ШКГ
	2	Сопор	10-12 баллов по ШКГ
	3	Кома	3-9 баллов по ШКГ
1B. Ответы на два вопроса (какой сейчас месяц и возраст пациента)	0	Правильные ответы на оба вопроса	При афазии или угнетении сознания выставляется 2 балла.
	1	Правильный ответ на один вопрос	Дизартрия, языковой барьер и интубация при ясном сознании – 1 балл
	2	Неправильные ответы на оба вопроса	
1C. Выполнение двух инструкций (открыть-закрывать глаза, сжать-разжать руку)	0	Выполняет обе команды правильно	
	1	Выполняет одну команду	Учитываются попытки выполнения команд в случае пареза или угнетения сознания
2. Движения глазных яблок	2	Выполняет обе команды	
	0	Норма или невозможность оценки	Исследуются движения движения глазных яблок только по горизонтали. В сознании оцениваются произвольные, в коме – окулоцефалические рефлекссы
	1	Частичный паралич взора	
3. Поля зрения	2	Фиксированная девиация глазных яблок	
	0	Нет нарушений	
	1	Частичная гемианопсия (квадрантная)	
4. Паралич лицевой мускулатуры	2	Полная гемианопсия	
	3	Билатеральная гемианопсия, включая слепоту любой причины или угнетение сознания	
	0	Нет	
5 A. Движения в руке на стороне пареза. Оценивается положение руки, поднятой на 90° сидя или на 45° в положении лежа, в течение 10 секунд	1	Легкий (сглаженность носогубной складки)	
	2	Умеренно выраженный (полный или почти полный парез нижней половины лица)	
	3	Полный (отсутствуют движения и верхней, и нижней половины лица и кома)	
5 B. Движения в противоположной руке. Оценивается положение руки, поднятой на 90° сидя или на 45° в положении лежа, в течение 10 секунд	0	Рука не опускается (сила 5 баллов)	
	1	Больной вначале удерживает руку в заданном положении, затем рука начинает опускаться, не достигая опоры за 10 секунд (сила 4 балла)	
	2	Рука начинает падать сразу, достигая опоры за 10 секунд, но больной все же несколько удерживает ее против силы тяжести (сила 3 балла)	
	3	Рука сразу падает, большой совершенно не может преодолеть силу тяжести (сила 2 балла)	
5 B. Движения в противоположной руке. Оценивается положение руки, поднятой на 90° сидя или на 45° в положении лежа, в течение 10 секунд	4	Нет активных движений (сила 0-1 балл)	
	0	Рука не опускается (сила 5 баллов)	
	1	Больной вначале удерживает руку в заданном положении, затем рука начинает опускаться, не достигая опоры за 10 секунд (сила 4 балла)	
	2	Рука начинает падать сразу, достигая опоры за 10 секунд, но больной все же несколько удерживает ее против силы тяжести (сила 3 балла)	
5 B. Движения в противоположной руке. Оценивается положение руки, поднятой на 90° сидя или на 45° в положении лежа, в течение 10 секунд	3	Рука сразу падает, большой совершенно не может преодолеть силу тяжести (сила 2 балла)	
	4	Нет активных движений (сила 0-1 балл)	

6 А. Движения в ноге на стороне пареза. Оценивается положение ноги, поднятой на 30° в положении лежа, в течение 5 секунд	0	Нога в течение 5 секунд не опускается (сила 5 баллов)
	1	Большой вначале удерживает ногу в заданном положении, затем нога начинает опускаться, но достигая опоры за 5 секунд (сила 4 балла)
	2	Нога начинает падать сразу, достигая опоры за 5 секунд, но больной все же несколько удерживает ее против силы тяжести (сила 3 балла)
	3	Нога сразу падает, больной совершенно не может преодолеть силу тяжести (сила 2 балла)
6 В. Движения в противоположной ноге. Оценивается положение ноги, поднятой на 30° в положении лежа, в течение 5 секунд	4	Нет активных движений (сила 0-1 балл)
	0	Нога в течение 5 секунд не опускается (сила 5 баллов)
	1	Большой вначале удерживает ногу в заданном положении, затем нога начинает опускаться, но достигая опоры за 5 секунд (сила 4 балла)
	2	Нога начинает падать сразу, достигая опоры за 5 секунд, но больной все же несколько удерживает ее против силы тяжести (сила 3 балла)
7. Атаксия в конечностях	3	Нога сразу падает, больной совершенно не может преодолеть силу тяжести (сила 2 балла)
	4	Нет активных движений (сила 0-1 балл)
	0	Нет
	1	Имеется или в верхней, или в нижней конечности
8. Чувствительность	2	Имеется и в верхней, и в нижней конечности
	0	Норма
	1	Незначительное снижение (гипостезия), пациент в споре или с афазией
	2	Значительно снижена (ангестезия), пациент в коме или у него стволовой инсульт
9. Афазия	0	Нет
	1	Легкая или умеренная афазия (дисфазия)
	2	Выраженная афазия, могут присутствовать «слова-эмболы» или речь по типу «словесной окрошки»
	3	Тотальная афазия (речи нет) или больной в коме
10. Дизартрия	0	Нормальная артикуляция
	1	Легкая или умеренная дизартрия, большого можно понять
	2	Невытная речь, речь не доступна пониманию собеседника
	0	Не оценивается при наличии интубационной трубки
11. Игнорирование	0	Учитывается только при его наличии, даже при гемипарезе (исследуется реакция на тактильное раздражение), афазии
	1	Частичное
	2	Полное
Общая сумма баллов		<p>0 – нет неврологических расстройств; 1-6 баллов – неврологические расстройства легкой степени; 8-14 баллов – неврологические расстройства средней степени; 15-22 баллов – тяжелые неврологические расстройства; 23 балла и выше – крайне тяжелые расстройства, в т.ч. кома.</p> <p>_____ Дата _____ время _____ _____ подпись врача</p>

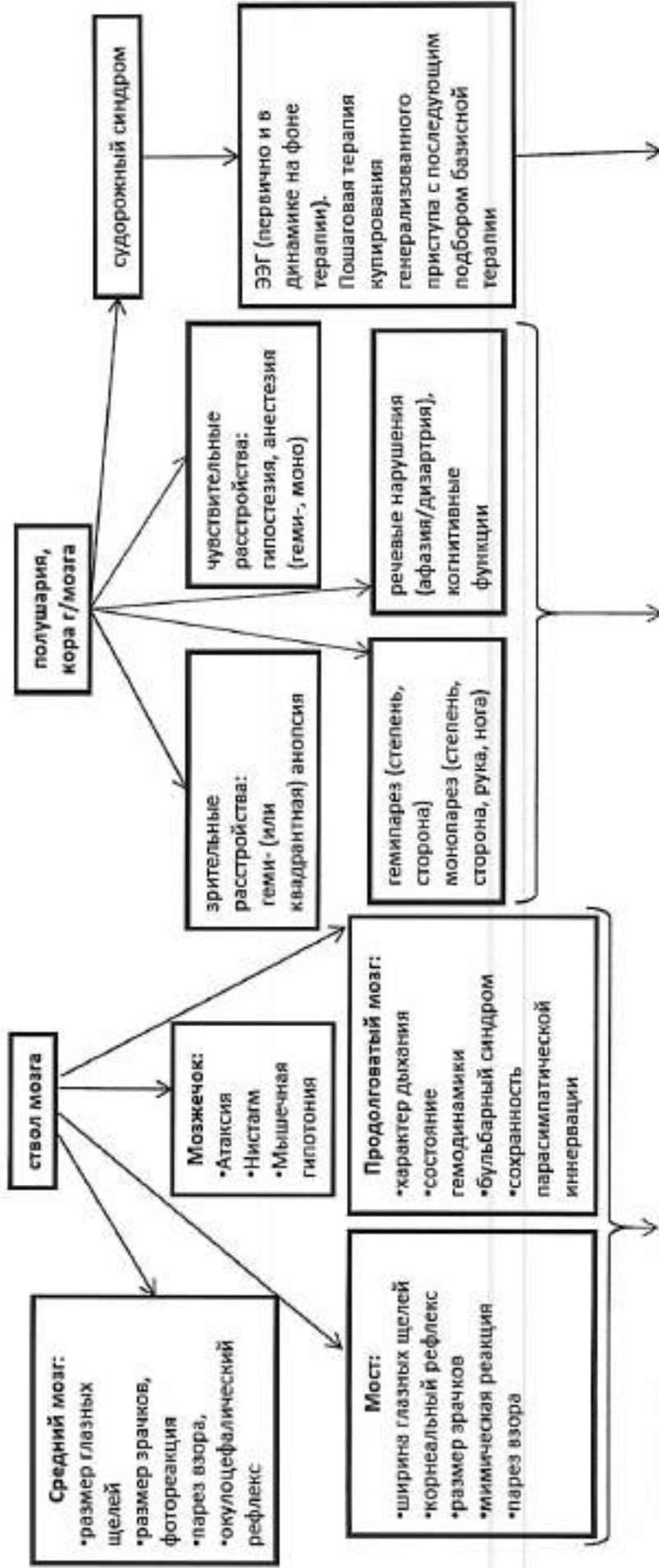
Модифицированная шкала Ризкина		ИСХОД
симптомы отсутствуют		0
значительное уменьшение дееспособности, несмотря на наличие симптомов пациент, продолжает выполнять все обычные обязанности и виды деятельности.		1
лёгкая потеря дееспособности. Пациент не может выполнять в полной мере всё, что выполнял раньше, но может полностью за собой ухаживать.		2
средняя степень потери дееспособности. Пациент нуждается в помощи, но может самостоятельно ходить.		3
средне-тяжелая степень нарушения дееспособности. Пациент не может ходить без посторонней помощи, не может полностью за собой ухаживать без посторонней помощи.		4
тяжёлое нарушение дееспособности. Пациент прикован к постели, имеется недержание мочи. Требуется постоянный уход и внимание сиделки. Необходимо постоянное присутствие и уход сиделки в течении дня и ночью.		5
Индекс мобильности Ривермид		ИСХОД
Можете ли вы повернуться со спины на бок без посторонней помощи?	Повороты в кровати.	1
Можете ли вы из положения лежа самостоятельно сесть на край постели?	Переход из положения лежа в положение сидя.	2
Можете ли вы сидеть на краю постели без поддержки в течение 10 секунд?	Удержание равновесия в положении сидя.	3
Можете ли вы встать (с любого стула) менее чем за 15 секунд и удерживаться в положении стоя около стула 15 секунд (с помощью рук или, если требуется с помощью вспомогательных средств)?	Переход из положения сидя в положение стоя.	4
Наблюдает, как больной без опоры простоял 10 секунд.	Стояние без поддержки.	5
Можете ли вы переместиться с постели на стул и обратно без какой-либо помощи?	Перемещение	6
Можете ли вы пройти 10 метров используя, при необходимости вспомогательные средства, но без помощи постороннего лица?	Ходьба по комнате, в том числе с помощью вспомогательных средств, если это необходимо.	7
Можете ли вы подняться по лестнице на один пролет без посторонней помощи?	Подъем по лестнице.	8
Можете ли вы ходить за пределами квартиры, по тротуару без посторонней помощи?	Ходьба за пределами квартиры (по ровной поверхности).	9
Можете ли вы пройти 10 метров в пределах квартиры без костыля, ортеза и без помощи другого лица?	Ходьба по комнате без применения вспомогательных средств.	10
Если вы уронили что-то на пол, можете ли вы пройти 5 метров, поднять предмет, который вы уронили, и вернуться обратно?	Поднятие предметов с пола.	11
Можете ли вы без посторонней помощи ходить за пределами квартиры по неровной поверхности (трава, гравий, снег и т.п.)?	Ходьба за пределами квартиры (по неровной поверхности).	12
Можете ли вы войти в ванну (душевую кабину) и выйти из нее без присмотра, вымыться самостоятельно?	Прием ванны.	13
Можете ли вы подняться на 4 ступени и спуститься обратно, не опираясь на перила, но, при необходимости, используя вспомогательные средства?	Подъем и спуск на 4 ступени.	14
Можете ли вы пробежать 10 метров не прихрамывая, за 4 секунды (допускается быстрая ходьба)?	Бег	15

Протокол осмотра невролога и тактика ведения пациентов с ОНМК в ОАР

Оценка уровня сознания (общемозговая симптоматика)

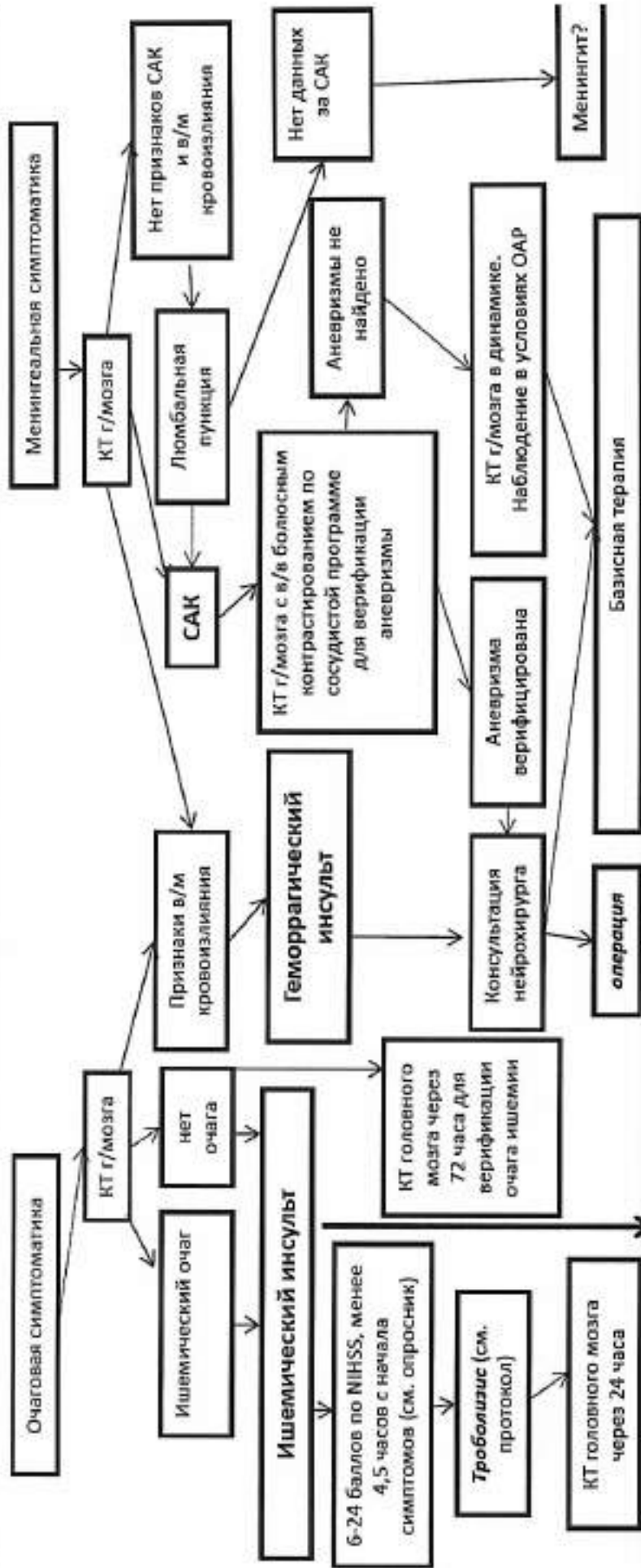


Оценка уровня поражения (очаговая симптоматика)

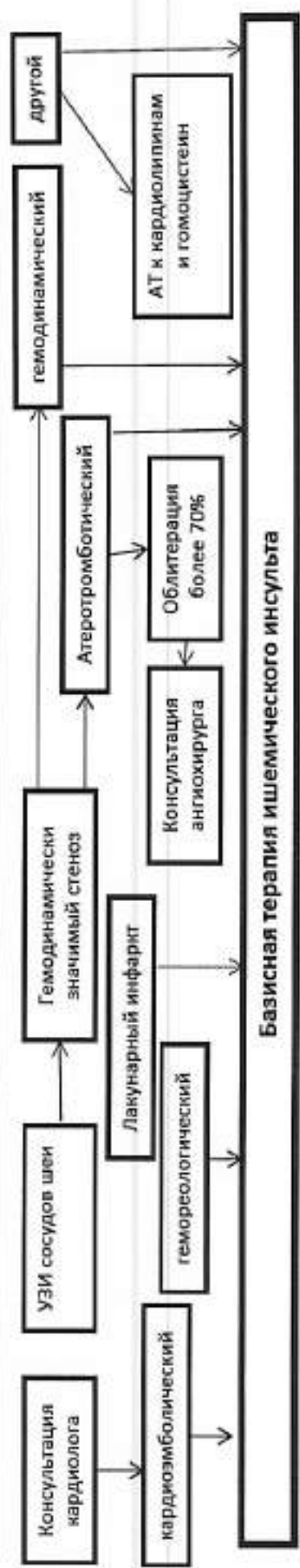


Верификация типа ОНМК

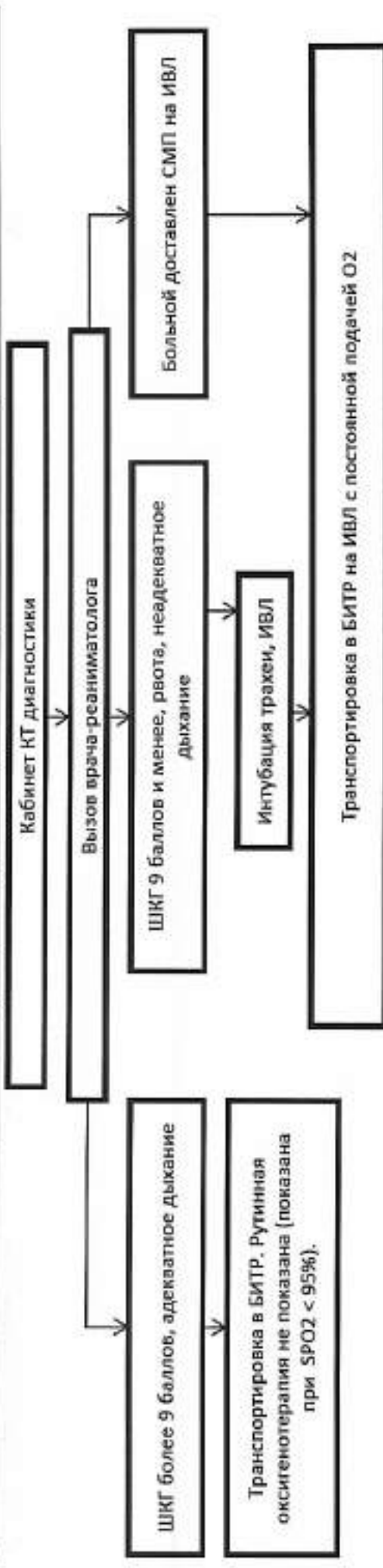
Верификация типа ОНМК



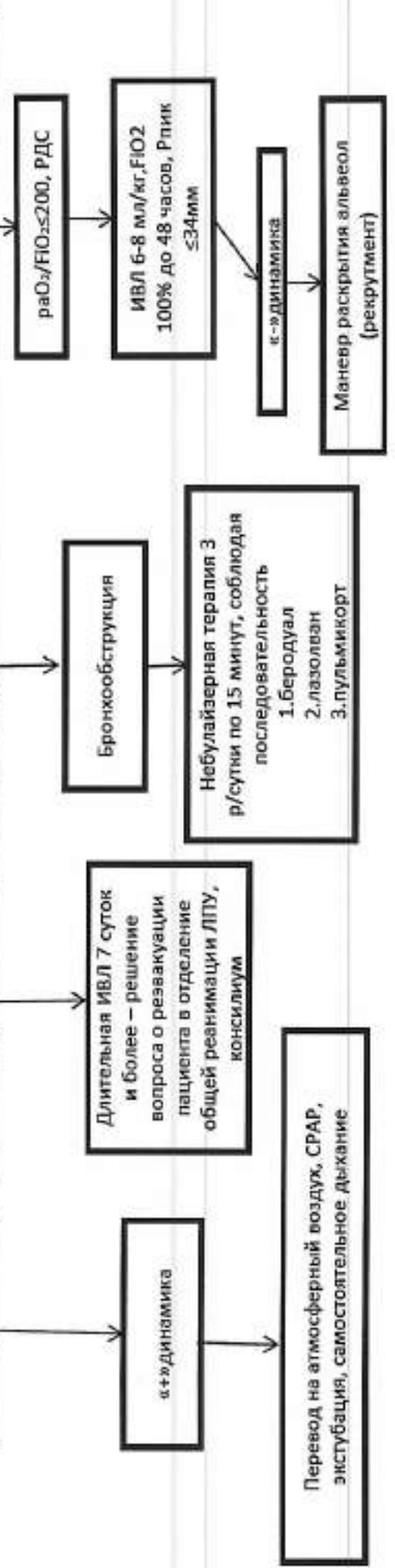
Определение подтипа ишемического инсульта



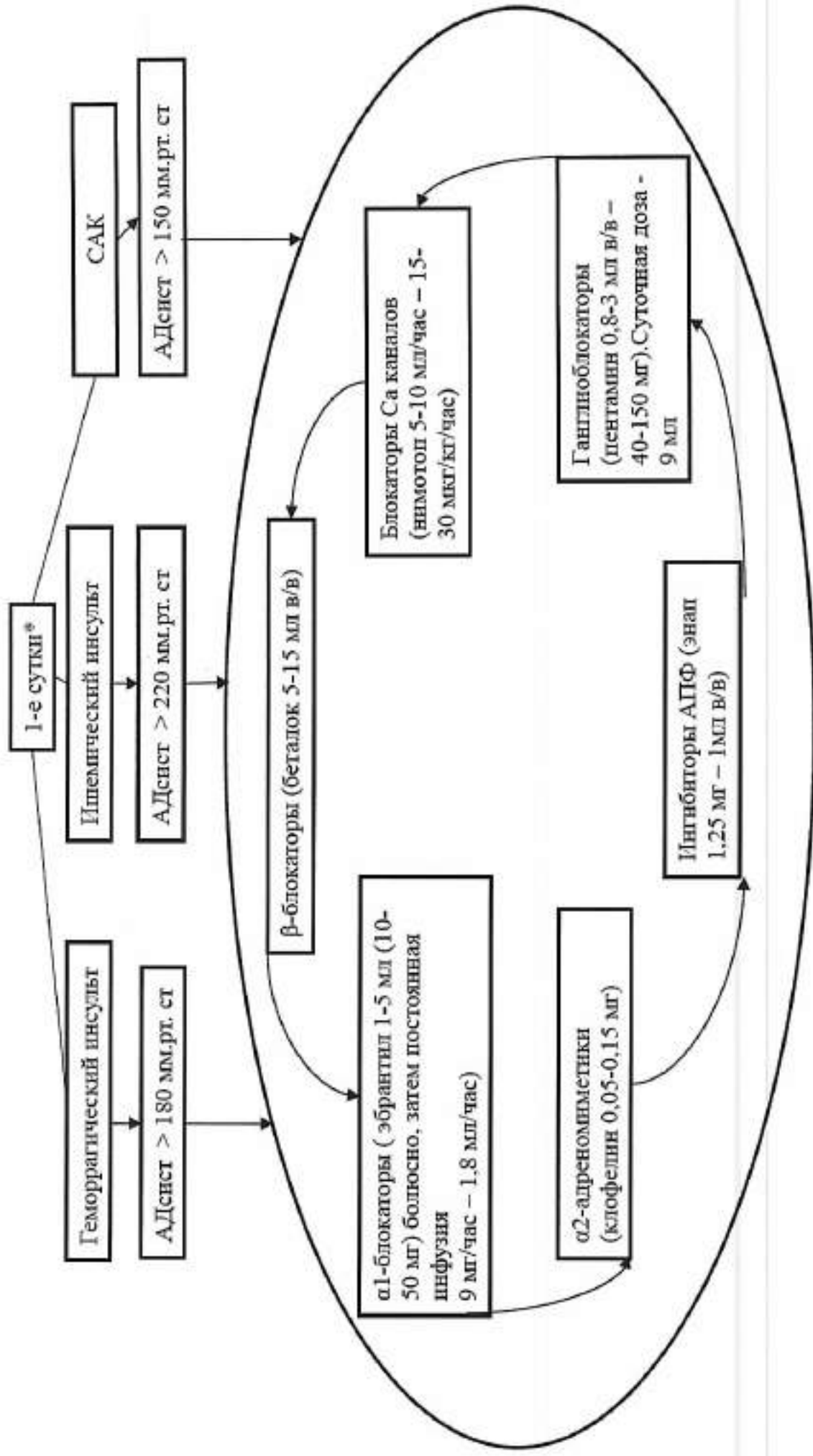
Протокол коррекции нарушений дыхания в условиях ПСО и РСЦ



-Перевод на ИВЛ. Избегать «жестких», принудительных режимов (IRV, AC). Использование перемежающихся или вспомогательных режимов (SIMV, BiPAP, ViLevel, CPAP, NIVL – при адекватном контакте с пациентом). Использование увлажнителя ТБД в аппарате ИВЛ.
 -Для синхронизации: Пропрофол, тиопентал 2-4 мг/кг/час до 7 суток. Не рекомендуется назначение миорелаксантов.
Адаптировать аппарат ИВЛ к пациенту, а не пациента к аппарату
 - Контроль газового состава крови раз в сутки.
 -Санация ТБД, бронхоскопия со взятием промывных вод на микрофлору, а/б терапия по результатам бак. посева
 -Решение вопроса о ранней трахеостомии. Показана только при стабильном состоянии пациента
 -Каждые 24 часа прекращение седации, оценка неврологического статуса.



Протокол коррекции артериальной гипертензии у пациентов с ОНМК



* По стандартам лечения ОНМК в первые сутки необходимо ориентироваться на целевые показатели АД, предпочтение отдавать парентеральным формам короткого действия. Выбор препарата определяется в зависимости от клинической ситуации у пациента. При САК терапию начинать с нимотопа, т.к. препарат входит в стандарт лечения.

Протокол коррекции артериальной гипертензии у пациентов с ОНМК

Со 2-ых суток и далее

Консультация кардиолога (по возможности)

Коррекция артериальной гипертензии таблетированными формами, АД ниже 160/90 мм.рт.ст. не снижать, снижение ступенчатое, медленное; per os или через назогастральный зонд при угнетении сознания

Ингибиторы АПФ: энап в суточной дозе 5-40 мг/сут (2 раза/сутки)

Лизиноприл 5-40 мг 1 раз в сутки

Селективный бета1 адrenoблокатор: метопролол (если нет

бронхиальной астмы) 25-100 мг/сут, беталок зок до 200 мг в сутки

Диуретики: индапамид 1,5 мг/сутки/утром, гипотиазид 6,25 мг утром

Блокаторы кальциевых каналов: амлодипин или фелодип 10 мг/сутки,

кордафлекс-ретард (нифедипин) 20-120 мг/сутки (максимальная доза –

120 мг/сутки), если нет ХСН

АД не снижается

Доказозин, преимущественно мужчины 2-16 мг/сутки, при нестабильности АД при указанных группах препаратов

Наличие СД, метаболического синдрома, протеинурия, ХСН, бронхиальная астма

Блокаторы рецепторов ангиотензина II:

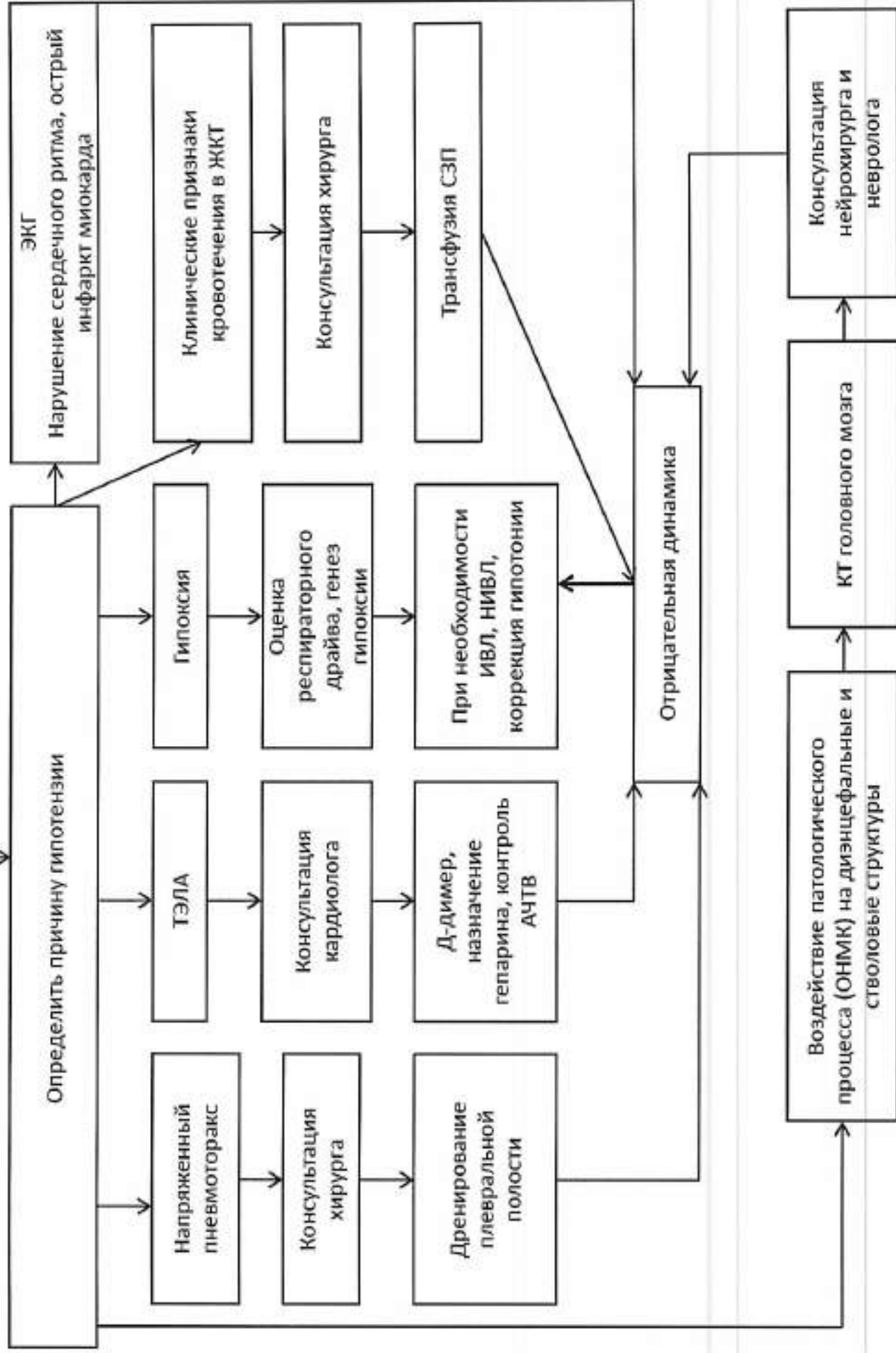
микардис 40-80мг/сутки, лозап 50-100 мг/1 раз/сутки

лориста – 100 мг/сутки, атаканд до 32 мг/сутки,

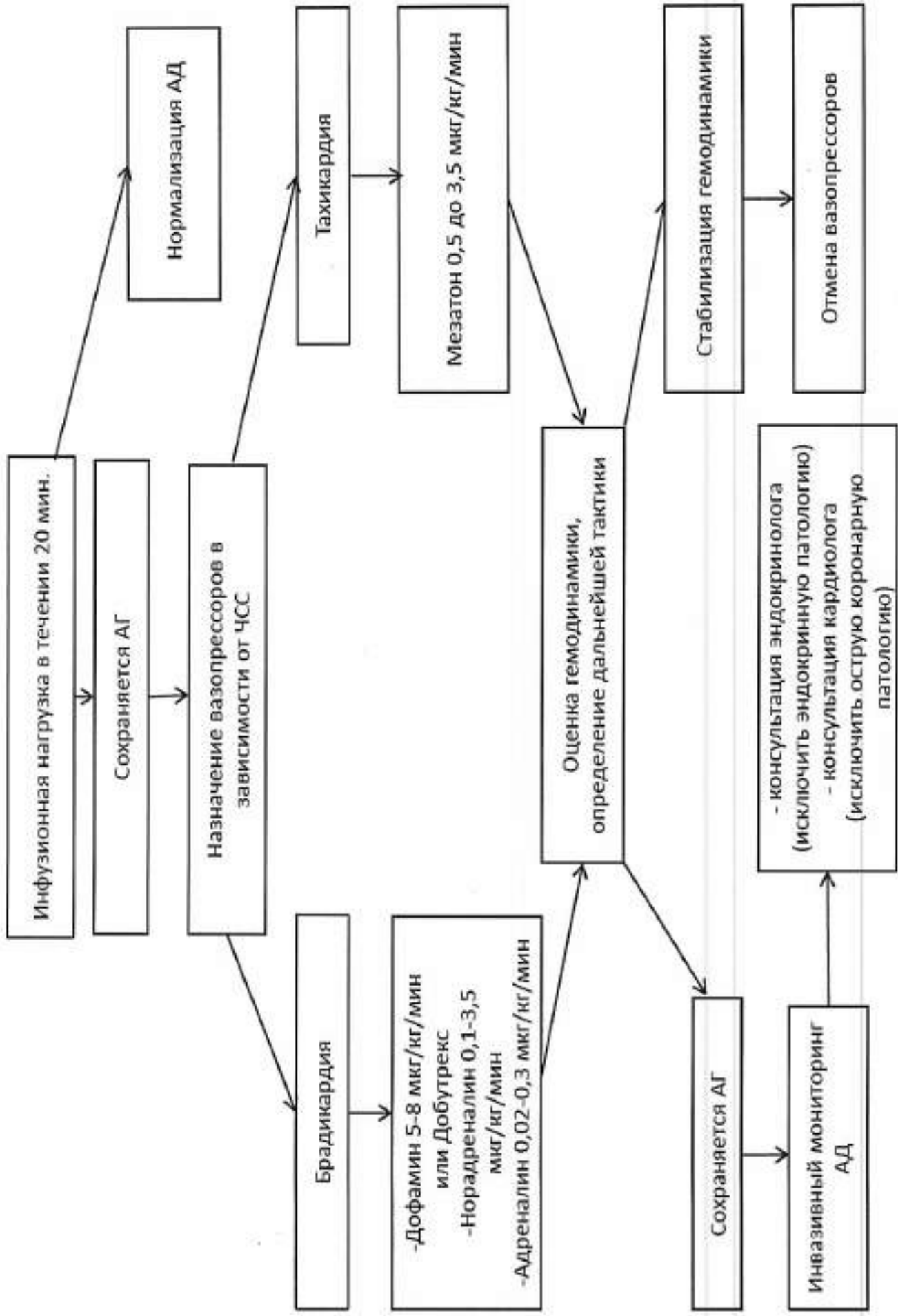
Агонисты I₁-имидазолиновых рецепторов:

физиотенз 0,2-0,4 мг

Возможные причины гипотензии у пациентов с ОНМК
(снижение АД более чем на 20% от исходного или менее 90/60 мм.рт.ст.)

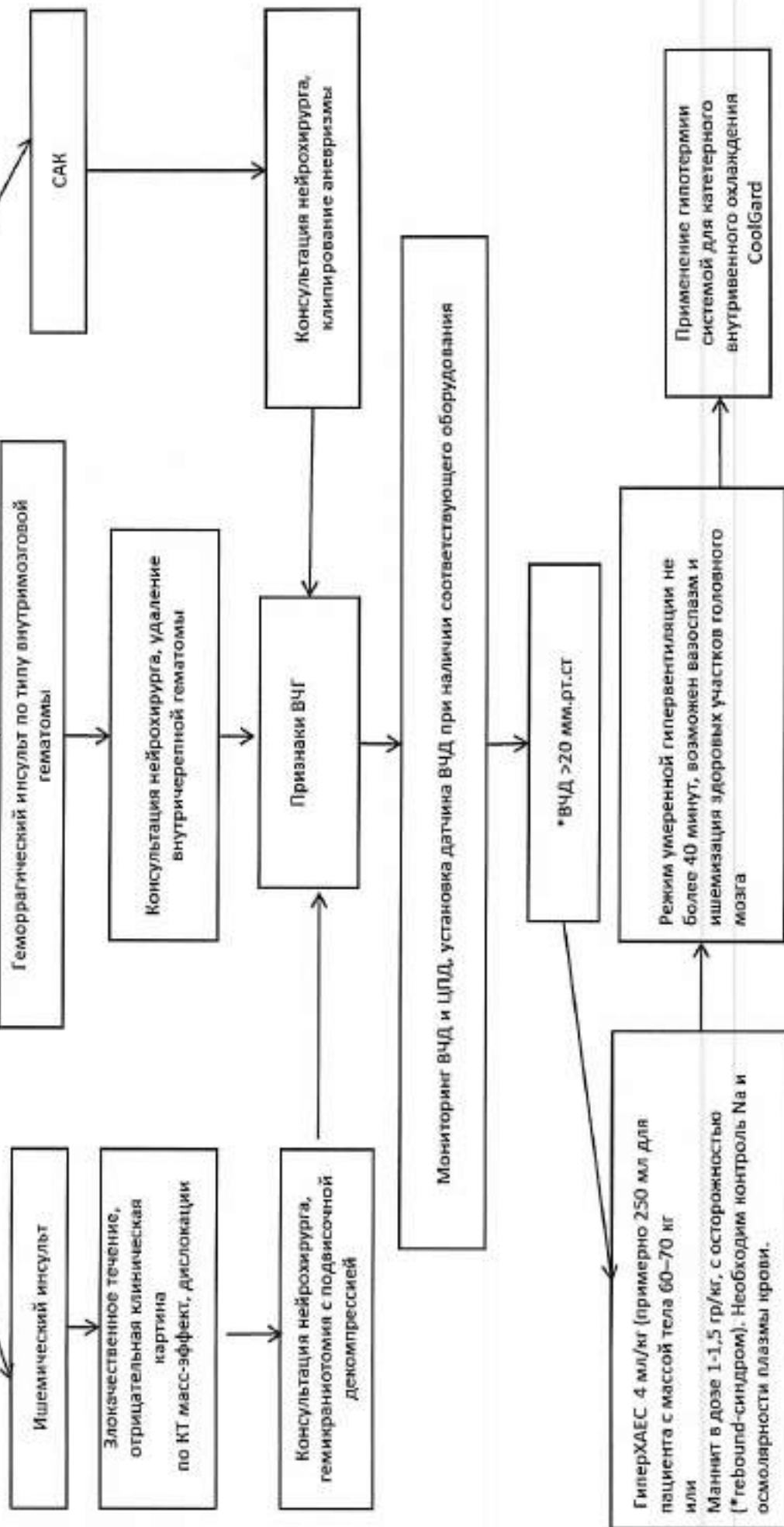


Протокол коррекции артериальной гипотензии (АДср, <70 мм.рт.ст.) у больных без инфаркта миокарда



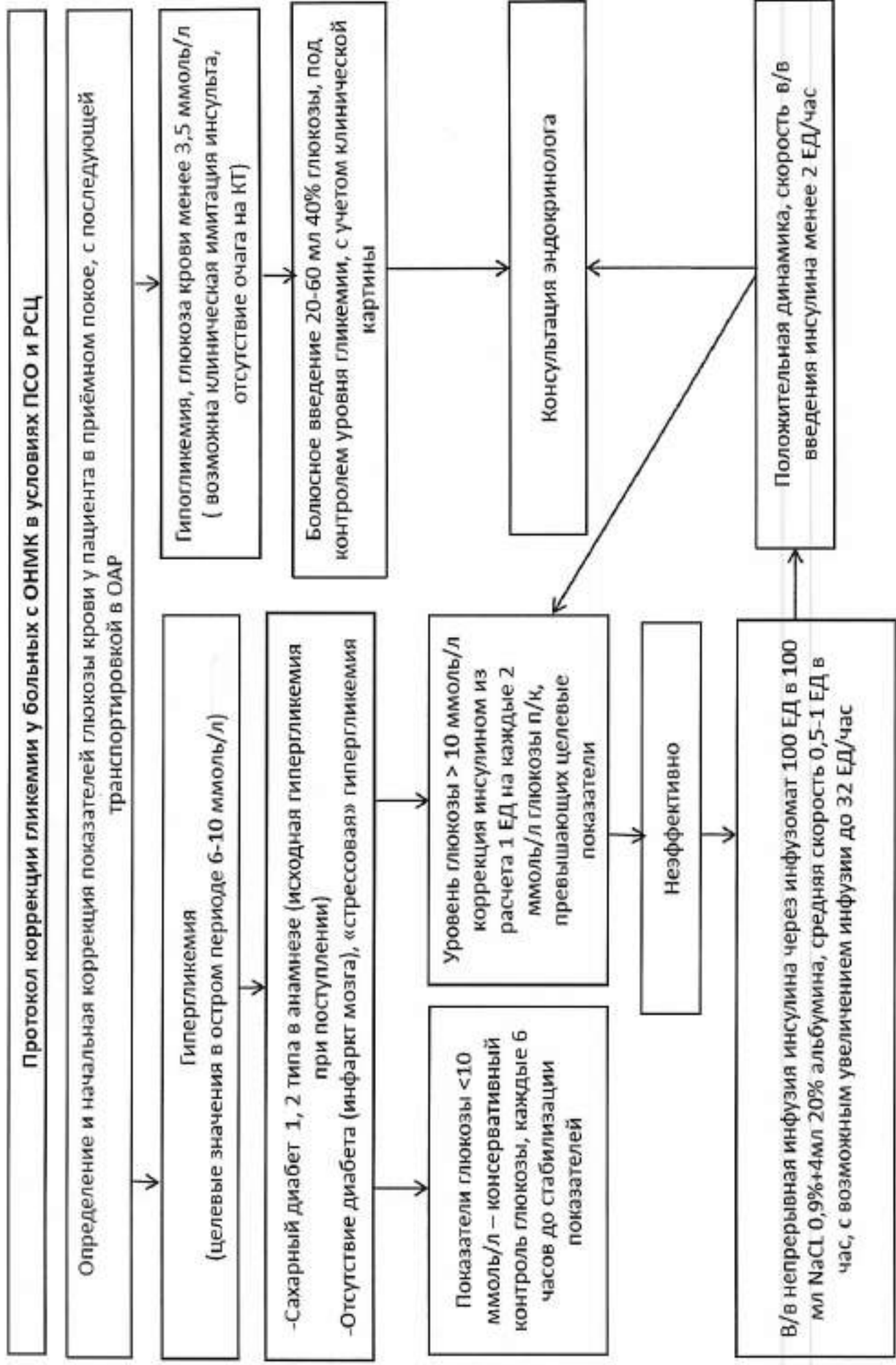
Протокол лечения отека мозга у больных с ОНМК

Важный момент в терапии - усиление оттока и ограничение притока крови к мозгу. Оттоку крови способствует возвышенное (на 15-30°) положение тела (поднятие головного конца кровати), однако голову нельзя запрокидывать и наклонять, т.к. это увеличивает внутричерепное давление.



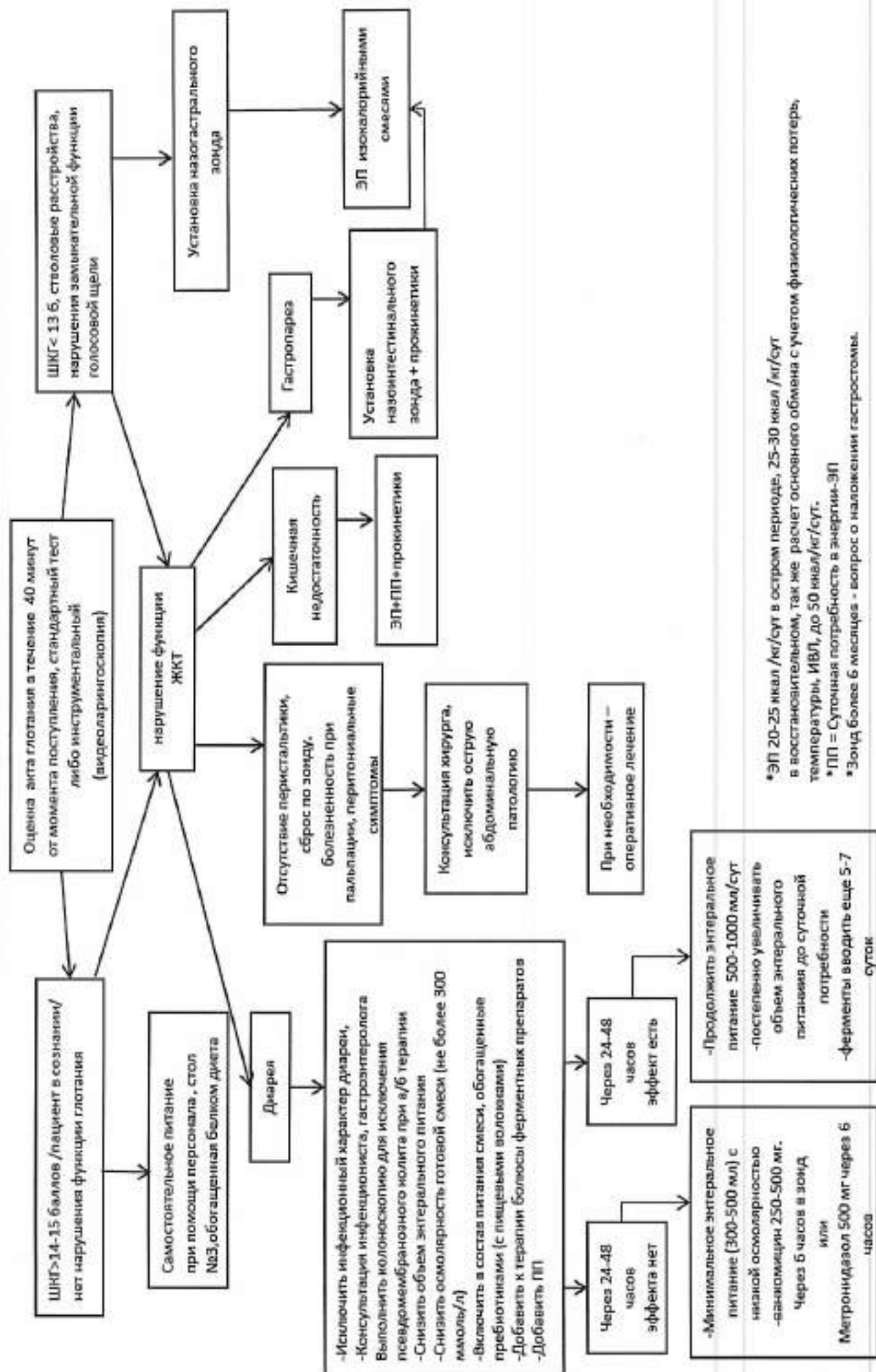
*Раствор глюкозы противопоказан у больных с ОНМК из-за резкой регидратации и повышения внутричерепного давления, наступающих вслед за прекращением введения препарата, а также ухудшения венозного оттока из полости черепа.

*Rebound-синдром - синдром «рикошета»



*Первые 3-е суток контроль гликемии каждые 6 часов, даже если у пациента уровень сахара не повышен

Протокол нутритивной поддержки у больных с ОНМК



*ЭП 20-25 ккал /кг/сут в остром периоде, 25-30 ккал /кг/сут в восстановительном, так же расчет основного обмена с учетом физиологических потерь, температуры, ИВЛ, до 50 ккал/кг/сут.
 *ПП = Суточная потребность в энергии-ЭП
 *Зонд более 6 месяцев - вопрос о наложении гастростомы.

Протокол профилактики осложнений у больных с ОНМК

Уроинфекции

Катетеризация мочевого пузыря выполняется строго по показаниям с соблюдением правил асептики, так как большинство внутрибольничных инфекций мочевых путей связано с применением постоянных катетеров

Плановая замена одноразового катетера каждые 72 часа

Сбор мочи должен проводиться в стерильный мочеёмник

ОАМ 1 раз в 3-е суток, при бактериурии – посев мочи

При нарушении пассажа мочи – замена катетера, промывание недопустимо! (риск восходящей инфекции)

По возможности – консультация клинического фармаколога, эпидемиолога

Госпитальная пневмония

Подавляющее большинство пневмоний при инсульте - результат нарушений глотания и микроаспираций

Тестирование и раннее выявление нарушений глотания, установка назогастрального зонда

Санация ротовой полости проводится после каждого приёма пищи

Использование закрытых аспирационных систем, эндотрахеальных трубок и трахеостом с возможностью санации надманжеточного пространства у больных на ИВЛ

А/б терапия: назначение только при наличии клинической картины с подтверждением лабораторно-инструментальными методами, посев биологических сред на чувствительность к а/б

Тромбоз легочной артерии, тромбоз глубоких вен нижних конечностей

Ношение компрессионных чулок, пневмомассажёров - до полного восстановления нарушенных двигательных функций

При ишемическом инсульте – назначение низкомолекулярных гепаринов на 1-е сутки, при геморрагическом (операция) - на 3-5е сутки, 0,3-0,4 мл 1 р/сут п/к

Контроль свертывающей системы крови, АЧТВ не менее 2-х р/сут

Кровотечение в ЖКТ

H2-блокаторы, Омепразол 1 капсула 1 раз в сутки при самостоятельном питании, 1 капсула x 2 р/сут при энтеральном питании через зонд (или эзомепразол (нексиум) 20-40 мг 1 раз в сутки

Индивидуализированная программа вторичной профилактики ОНМК

I.Оценки индивидуального риска инсульта

Шкала оценки риска повторного инсульта	
Факторы риска	Баллы
Возраст <65 лет	0
Возраст 65-75 лет	1
Возраст >75 лет	2
Артериальная гипертензия	1
Сахарный диабет	1
Инфаркт миокарда	1
Другие сердечно-сосудистые заболевания (ИБС, сердечная недостаточность, желудочковая аритмия) За исключением ИМ и фибрилляции предсердий	1
Заболевания периферических артерий	1
Курение	1
Транзиторная ишемическая атака или инсульт в дополнение к оцениваемому событию	1



II.Стратегии предупреждения инсульта

Отказ от курения

Прекращение употребления алкогольных напитков

(нужное подчеркнуть)

1. Антигипертензивная терапия – строгий контроль АД и Пульса утром и вечером – ведение дневника АД и Пульса

Шаблон дневника:

Число	АД утро	АД вечер	Пульс утро	Пульс вечер
1.02.17				
2.02.17				
3.02.17				

- прием рекомендованных антигипертензивных/анти тромботических/гиполипидемических препаратов (изменение наименований препаратов и/или дозировок, возможно после согласования с участковым терапевтом)

Требуется контроль со стороны родственников за приемом лекарственных препаратов ДА / НЕТ

2. Ежедневная физическая активность:

15-30 минут (спокойная ходьба, не сложная домашняя работа)

30-60 минут (пешие прогулки, домашняя работа)

60-120 мин (плавание, велосипед и т.д.)

3. Вам рекомендовано снизить массу тела до _____ кг. (темп снижения не более 1 кг в месяц)

1 – экз. выдан пациенту / родственникам пациента