

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
17.04.2014 № 275

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ЕКСТРЕНОЇ, ПЕРВИННОЇ,
ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ), ТРЕТИННОЇ
(ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА
МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

**ГЕМОРАГІЧНИЙ ІНСУЛЬТ
(ВНУТРІШНЬОМОЗКОВА ГЕМАТОМА, АНЕВРИЗМАЛЬНИЙ
СУБАРАХНОЇДАЛЬНИЙ КРОВОВИЛИВ)**

Вступ

Мета та принципи створення уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги за темою «Геморагічний інсульт»

Основною метою цього уніфікованого клінічного протоколу є створення єдиної комплексної та ефективної системи надання медичної допомоги пацієнтам з геморагічним інсультом.

УКПМД є комплексним клінічним протоколом медичної допомоги пацієнтам з гострими порушеннями мозкового кровообігу (діагноз за МКХ – I 64 Інсульт, не уточнений як крововилив чи інфаркт) з подальшою верифікацією діагнозу – Геморагічний інсульт (діагноз за МКХ – I 60 Субарахноїдальний крововилив, I 61 Внутрішньомозковий крововилив, I 62 Інший нетравматичний внутрішньочерепний крововилив).

УКПМД створений для надання екстреної медичної допомоги, первинної медичної допомоги, вторинної (спеціалізованої) та третинної медичної допомоги.

Взаємодія між закладами охорони здоров'я різних рівнів координується спільним узгодженим Локальним протоколом медичної допомоги (регіональний рівень локального протоколу), що розробляється на основі цього УКПМД. Крім того, відповідно до акредитаційних вимог у ЗОЗ має бути наявний Локальний протокол медичної допомоги, що визначає взаємодію структурних підрозділів ЗОЗ, медичного персоналу тощо (локальний рівень).

Обґрунтування та положення уніфікованого клінічного протоколу побудовані на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, відображених в клінічних настановах (КН) – третинних джерелах, а саме:

1. «Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage» (Настанова з лікування раптового внутрішньомозкового крововиливу). American Heart Association. American Stroke Association, 22.07.2010

2. «Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a statement for healthcare professionals from a special writing group of the Stroke Council, American Heart Association» (Настанова з лікування аневризматичного субарахноїдального крововиливу). American Heart Association. American Stroke Association, 2012

3. «Hyperacute stroke management. Management of subarachnoid and intracerebral hemorrhage. In: Canadian best practice recommendations for stroke care»* (Лікування інсульту в гострому періоді. Лікування субарахноїдального і внутрішньомозкового крововиливу. Канадські найкращі практичні рекомендації для лікування інсульту). Canadian Stroke Network. Heart and Stroke Foundation of Canada, 08.12.2010

Положення УКПМД стосовно реабілітації пацієнтів розроблялись на основі адаптованої клінічної настанови «Реабілітація, профілактика та лікування ускладнень та планування виписки при ішемічному інсульті» (наказ МОЗ від 03.08.2012 р. № 602)

УКПМД розроблений мультидисциплінарною робочою групою, до якої

увійшли представники різних медичних спеціальностей (загальної практики-сімейної медицини, неврології, нейрохірургії, анестезіології та інтенсивної терапії медицини невідкладних станів, кардіології, професійних асоціацій).

Слід зазначити, що в цьому УКПМД передбачена діюча організаційна структура надання медичної допомоги (наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я»), а також особливості надання медичної допомоги за новою організаційною структурою - відповідно до критеріїв розмежування медичних послуг (наказу МОЗ від 05.10.2011 р. № 646 «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»).

Принципи та організаційні засади екстреної медичної допомоги у цьому клінічному протоколі представлені у відповідності з Законом України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 року № 5081-17.

Розробка УКПМД здійснювалась відповідно до вимог наказу МОЗ України від 28.09.2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги системі Міністерства охорони здоров'я України», який зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 року за № 2001/22313.

Розробка уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги для пацієнтів з геморагічним інсультом є надзвичайно актуальним завданням, яке виконувалось в рамках мультидисциплінарної програми надання медичної допомоги та здійснювалось на основі існуючих доказів ефективності оперативних втручань і медикаментозного лікування, а також з урахуванням організаційних принципів його забезпечення.

Цей уніфікований клінічний протокол медичної допомоги, а також УКПМД «Ішемічний інсульт (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)» та «Системний тромболізис при ішемічному інсульті (екстрена, вторинна (спеціалізована) медична допомога)», які затверджені наказом МОЗ України № 602 від 03.08.2012 року, формують комплексний пакет медико-технологічних документів за темою «Гострі порушення мозкового кровообігу та його наслідки» та розкривають підходи діагностики, лікування, профілактики, реабілітації цієї тяжкої патології на основі наукових доказів ефективності втручань, що існують на час розробки протоколу.

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

АВМ	Артеріо-венозна мальформація
АГ	Артеріальна гіпертензія
АКТ	Аксіальна комп'ютерна томографія
АТ	Артеріальний тиск
АТ діаст.	Артеріальний тиск діастолічний
АТ сист.	Артеріальний тиск систолічний
АТ серед.	Артеріальний тиск середній
АЧТЧ	Активований частково тромбопластиновий час
ВМК	Внутрішньомозковий крововилив
ВЧТ	Внутрішньочерепний тиск
ВШК	Внутрішньошлуночковий крововилив
ГПМК	Гостре порушення мозкового кровообігу
ДАТ	Діастолічний артеріальний тиск
ЕКГ	Електрокардіографія
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ГІ	Геморагічний інсульт
ІМТ	Індекс маси тіла
ІРП	Індивідуальна реабілітаційна програма
КМП	Клінічний маршрут пацієнта
КН	Клінічна настанова
КТ	Комп'ютерна томографія
ЛПМД	Локальний протокол медичної допомоги
ЛПНЩ	Ліпопротеїди низької щільності
МДК	Мультидисциплінарна команда
МІ	Мозковий інсульт
МНВ	Міжнародний нормоване відношення
МРТ	Магнітна резонансна томографія
ОТ	Об'єм талії
ПТКВ	Позитивний тиск в кінці видиху
САК	Субарахноїдальний крововилив
СМД	Стандарти медичної допомоги
ТГВ	Тромбоз глибоких вен
УЗД	Ультразвукове дослідження
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги

ХС	Холестерин
ЦВТ	Центральний венозний тиск
ЦД	Цукровий діабет
ЧД	Частота дихання
ЧСС	Частота серцевих скорочень
ШВЛ	Штучна вентиляція легень
ШКГ	Шкала ком Глазго
EtCO₂	Концентрація вуглекислого газу наприкінці спокійного вдиху
NIHSS	Шкала тяжкості інсульту інститутів здоров'я (США)
PaCO₂	Парціальний тиск вуглекислого газу в артеріальній крові
FiO₂	Фракція кисню у суміші, що вдихається
SpO₂	Насичення гемоглобіну киснем (у %)
Vt	Дихальний об'єм

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз: Гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК)

1.2. Код МКХ:

I 60 Субарахноїдальний крововилив

I 61 Внутрішньомозковий крововилив

I 62 Інший нетравматичний внутрішньочерепний крововилив

I 64 Інсульт, не уточнений як крововилив чи інфаркт

1.3. Протокол призначений для лікарів медицини невідкладних станів, лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів інсультних відділень стаціонарів та відділень інтенсивної терапії, лікарів-невропатологів, лікарів-нейрохірургів, лікарів лікувальної фізкультури, фізіотерапевтів.

1.4. Мета протоколу: організація надання медичної допомоги пацієнтам з геморагічним інсультом, зменшення смертності та інвалідності внаслідок цього захворювання.

1.5. Дата складання протоколу: листопад, 2013 рік.

1.6. Дата наступного перегляду: листопад, 2016 рік.

1.7. Розробники:

Хобзей М.К. Голова робочої групи, Директор Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України, д.мед.н., професор

Мищенко Т.С. Заступник голови з клінічних питань, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Неврологія», головний спеціаліст НАМН України зі спеціальності «Неврологія і психіатрія», завідувач відділення судинної патології головного мозку Державної установи «Інституту клінічної та експериментальної неврології і психіатрії Національної академії медичних наук України», д.мед.н., професор

Степаненко А.В. Заступник голови з методології, Радник Міністра охорони здоров'я, консультант Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», д.мед.н., професор

Морозов А.М. Забезпечення координації діяльності мультидисциплінарної робочої групи, заступник генерального директора Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України» (до 01.09.2013), д.мед.н., професор

- Глумчер Ф.С. Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Анестезіологія», завідувач кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця, д.м.н., професор
- Матюха Л.Ф. Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина», завідувач кафедри сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор
- Нетяженко В.З. Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Терапія», декан медичного факультету № 2, завідувач кафедрою пропедевтики внутрішніх хвороб № 1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, д.м.н., професор, член-кор. АМН України
- Педаченко Є.Г. Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Нейрохірургія», директор Державної установи «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова НАМН України», керівник відділу нейротравми Державної установи «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова НАМН України», академік НАМН України, д.мед.н., професор
- Божко Л.І. Заступник головного лікаря з медичної роботи Київської міської станції швидкої медичної допомоги
- Вершигора А.В. Головний лікар Київської міської станції швидкої медичної допомоги, заслужений лікар України
- Гуляєва М.В. Виконавчий директор Всеукраїнської громадської організації «Українська асоціація боротьби з інсультом»
- Зозуля Ю.П. Директор Державної установи «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова НАМН України» до березня 2013 р., президент Української Асоціації Нейрохірургів, академік Національної академії наук та Національної академії медичних наук України, д.мед.н., професор
- Коваленко О.Є Професор кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, д.мед.н.
- Костюк М.Р. Ст.н.с. відділення судинної нейрохірургії Державної установи «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова НАМН України», к.мед.н.
- Мороз В.В. Співробітник відділення невідкладної судинної нейрохірургії з рентген-операційною Державної установи «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова НАМН України», к.мед.н.

- Острополец Н.А. Начальник відділу високоспеціалізованої медичної допомоги Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України
- Парій В.Д. В.о. завідувача кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, медичний директор МЦ «Універсальна клініка «Оберіг», професор, д.мед.н., заслужений лікар України
- Прокопів М.М. Доцент кафедри неврології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, к.мед.н., заслужений лікар України
- Сапон М.А. Завідувач організаційно-методичного відділу Державної установи «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», д.мед.н.
- Соколова Л.І. Завідувач кафедри неврології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, д.мед.н., професор
- Титова Т.А. Доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, к.мед.н.
- Фломін Ю.В. Завідувач інсультним центром клініки «Оберіг», доцент кафедри менеджменту та економіки в сімейній медицині Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, к.мед.н.
- Худошина О.В. Заступник Директора департаменту з питань якості медичної та фармацевтичної допомоги МОЗ України, Начальник відділу з питань якості медичної допомоги Департаменту з питань якості медичної та фармацевтичної допомоги МОЗ України
- Цимейко О. А. Завідувач відділення судинної нейрохірургії Державної установи «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», д.мед.н., професор
- Шуляк В.І. Заступник головного лікаря Житомирської центральної районної лікарні, к.мед.н.

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

- Ліщишина О.М. Директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», к.мед.н, ст.н.с.
- Горох Є.Л. Начальник Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони

здоров'я України», к.т.н.

- Шилкіна О.О. Начальник Відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»
- Мельник Є.О. Начальник Відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»
- Чагарна Н.С. Експерт Відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»
- Нетяженко Н.В. Провідний фахівець Відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», к.мед.н.

Адреса для листування: Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ. Електронна адреса: medstandards@dec.gov.ua.

Електронну версію документу можна завантажити на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я: <http://www.moz.gov.ua>. та на сайті <http://www.dec.gov.ua>.

Рецензенти:

- Поліщук Микола
Єфремович Завідувач кафедри нейрохірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, член-кореспондент НАМНУ, Заслужений діяч науки і техніки України, д.мед.н., професор
- Смоланка
Володимир
Іванович Директор обласного клінічного центру нейрохірургії та неврології, завідувач кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії Ужгородського національного університету, член правління Української асоціації нейрохірургів, Голова Закарпатського центру Української асоціації нейрохірургів, д.мед.н., професор
- Козявкін
Володимир Ілліч Генеральний директор Міжнародної клініки відновного лікування та Реабілітаційного центру «Еліта», головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Фізіотерапія», Герой України, Заслужений діяч науки і техніки України, член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор

1.8. Епідеміологічна інформація

Україна належить до тих країн, де показник частоти розвитку інсульту вище, ніж середній показник в Європі. Щороку вперше хворіють на мозковий інсульт від 100 до 120 тис. жителів країни. Так, за даними офіційної статистики МОЗ України у 2011 році 110 753 людей перенесли інсульт і 39 692 з них померли. Показник захворюваності внаслідок мозкового інсульту склав у 2011 році 294,6 на 100 тис. населення, а показник смертності від інсульту – 86,6 на 100 тис населення. Більше третини усіх мозкових інсультів сталися у людей працездатного віку [1].

Інсульт залишається основною причиною інвалідизації населення країни. Це захворювання є тягарем для сім'ї хворого, що значно знижує якість життя та працездатний потенціал оточуючих. Тільки 10% хворих повертаються до роботи, 20% потребують сторонньої допомоги, у 30% розвивається порушення пам'яті та уваги. Це проблема, яка має велике соціально-економічне значення [2-4].

Геморагічний інсульт являє собою найбільш руйнівний тип інсульту, який вірогідно частіше призводить до смертності та тяжкої інвалідизації. Співвідношення ішемічних інсультів до геморагічних в Україні складає від 4:1 до 3:1, в той час як у розвинутих країнах світу - від 7:1 до 4:1. Смертність протягом 30 днів після геморагічного інсульту складає від 30 до 55% [5]. До провідних етіологічних факторів геморагічного інсульту належать:

- гіпертонічна хвороба;
- симптоматична артеріальна гіпертензія (внаслідок наступних причин: вазоренальні; захворювання ендокринної системи; захворювання серця, аорти і великих судин);
- артеріальні церебральні аневризми, вроджені судинні мальформації (артеріо-венозні мальформації, кавернозні ангиоми)
- системні судинні процеси інфекційно-алергічної природи (геморагічні діатези, васкуліти);
- захворювання крові (лейкози, хвороба Верльгофа);
- церебральна амілоїдна ангиопатія;
- застосування антикоагулянтів, антиагрегантів

Спонтанні або первинні внутрішньомозкові крововиливи (ВМК) належать до досить поширених форм інсульту, складаючи від 10-30% випадків серед етіологічних чинників первинного ГПМК. В структуру усіх причинних факторів геморагічного інсульту вони обумовлюють розвиток 50-60% усіх внутрішньочерепних крововиливів, до половини з яких супроводжуються вентрікулярною геморагією. Летальність протягом перших 30 днів при ВМК складає 30-55%, до половини хворих помирає в гострому періоді, переважно протягом перших 48 годин [5-7].

Догоспітальна летальність при первинному крововиливі внаслідок розриву артеріальних церебральних аневризм (далі аневризм) складає 10-15%. Без хірургічного лікування після першого крововиливу протягом трьох місяців помирає до 50% пацієнтів, а половина з тих хто вижив, мають неврологічні порушення з інвалідністю. Формування внутрішньомозкових гематом спостерігається у близько 30% пацієнтів з розривами аневризм. Основна

причина ускладнень при аневризмальних крововиливах зумовлена повторними розривами аневризми (до 25% впродовж 2-х тижнів, до 50% впродовж 6-ти місяців), при яких летальність досягає 70%. Іншим небезпечним ускладненням є артеріальний спазм, який спостерігається у майже половини пацієнтів після САК і без адекватної терапії призводить до летального наслідку або глибокої інвалідизації у 10-15% випадків внаслідок вторинних ішемічних порушень мозкового кровообігу. У разі, якщо аневризми після розриву не буде виключена з кровоплину хірургічним шляхом, ризик повторного крововиливу через 6 місяців і пізніше може скласти 3% на рік [6-9].

Артеріо-венозні мальформації (АВМ) у більше ніж половині випадків клінічно проявляються у вигляді інтракраніальних геморагій, у приблизно 35% хворих – епілептичним синдромом і до 10% випадків – за типом ішемічних порушень мозкового кровообігу внаслідок синдрому судинно-мозкового „обкрадання”. У середньому ризик крововиливу АВМ складає 2-3% на рік з рівнем летальності до 10%, а інвалідизації – до 30-40%.

Згідно з результатами популяційних досліджень, у 38-70% випадків першим проявом АВМ є крововилив. Ризик внутрішньочерепного крововиливу за наявності АВМ складає 2-4% на рік. Пацієнти, у яких виник крововилив, мають підвищений ризик його повторного розвитку, особливо протягом першого року після первинного крововиливу (ризик рецидиву протягом першого року – 7-33%).

Спираючись на епідеміологічні показники, проведені розрахунки визначають в Україні щорічну кількість геморагічних інсультів у вигляді спонтанних внутрішньомозкових крововиливів до 25 тисяч випадків, розривів церебральних аневризм – до 7 тисяч і крововиливів мальформацій мозкових судин (АВМ і каверноми) у близько 700 хворих. Нейрохірургічні втручання (ендоваскулярні і мікрохірургічні) здатні суттєво покращити перебіг захворювання у хворих з геморагічним інсультом за умов чіткого функціонування системи ургентної первинної допомоги, невідкладної діагностики і своєчасної госпіталізації до відповідного нейрохірургічного відділення [за даними Інституту нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України].

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Особливості процесу надання медичної допомоги

1. Інсульт – це клінічний синдром швидкого розвитку ознак фокальної чи глобальної втрати мозкових функцій, які тривають 24 години і більше або призводять до смерті при відсутності інших (не судинних) причин.

2. Головним фактором ризику розвитку геморагічного інсульту є артеріальна гіпертензія (підвищення АТ на 20/10 мм рт. ст. подвоює ризик розвитку серцево-судинних подій).

3. Раннє виявлення та лікування артеріальної гіпертензії (АГ), інших факторів ризику внутрішньочерепних геморагій, заходи з первинної профілактики розвитку серцево-судинних подій, геморагічних діатезів,

виявлення та корекція факторів ризику, диспансерне спостереження пацієнтів з виявленими факторами ризику проводяться на первинному рівні надання медичної допомоги.

4. Геморагічний інсульт належить до невідкладних станів і потребує надання екстреної медичної допомоги та термінової госпіталізації у заклад охорони здоров'я (ЗОЗ), які надають вторинну медичну допомогу або у ЗОЗ третинної допомоги, у яких може виконуватись нейрохірургічне лікування у найкоротші терміни від початку захворювання.

5. Лікування пацієнтів з геморагічним інсультом повинно проводитись у спеціалізованих ЗОЗ. Це зменшує летальність на 20% та інвалідність на 30%, а також зменшує витрати, пов'язані з доглядом за пацієнтом на всіх етапах надання медичної допомоги.

6. Надання медичної допомоги на засадах доказової медицини, знижує смертність та подальшу інвалідизацію у пацієнтів з ГПМК за геморагічним типом і покращує результати лікування.

7. Реабілітація починається з першої доби перебування пацієнта в інсультному відділенні після стабілізації життєво важливих функцій.

8. Ефективність надання вторинної медичної допомоги забезпечується мультидисциплінарним підходом та наявністю мультидисциплінарної команди фахівців.

9. Для забезпечення послідовності надання медичної допомоги пацієнтам з діагнозом ГПМК у кожному ЗОЗ доцільно розробити та впровадити локальні протоколи медичної допомоги (ЛПМД), у яких визначений клінічний маршрут пацієнта та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення. Локальний протокол ЗОЗ затверджує головний лікар закладу та погоджує територіальний орган з питань ОЗ. Взаємодія між ЗОЗ, які надають первинну, вторинну та третинну медичну допомогу визначається наказом територіального органу з питань охорони здоров'я та координується спільним узгодженням ЛПМД.

10. Деякі види геморагічного інсульту (субарахноїдальний крововилив, крововилив у шлуночки, гематоми великих розмірів) потребують надання нейрохірургічної допомоги, яка забезпечується у ЗОЗ третинного рівня (третинний рівень). Своєчасне проведення прямої або ендovasкулярної операції дозволяє суттєво покращити результати перебігу захворювання і попередити важкі ускладнення - при наявності судинних уражень (церебральні артеріальні аневризми, артеріо-венозні мальформації, каверноми) і при певних видах спонтанних внутрішньомозкових інсульт-гематом та внутрішньо-шлуночкових геморагій.

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

Організація та надання медичної допомоги на догоспітальному етапі

Діагноз: ГПМК, інсульт, не уточнений як крововилив чи інфаркт
Код МКХ 10: I 64 Інсульт, не уточнений як крововилив чи інфаркт

Обґрунтування та основні положення протоколу

1. Догоспітальний етап включає надання першої медичної та екстреної медичної допомоги пацієнтам з ГПМК з моменту виявлення пацієнта або звернення такого пацієнта (рідних пацієнта або свідків) за медичною допомогою до моменту госпіталізації.

2. Надання першої медичної або екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі здійснюється:

2.1. Бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, лікарями відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатопрофільних лікарень, які входять у систему екстреної медичної допомоги.

2.2. Бригадами пунктів невідкладної медичної допомоги для дорослого та дитячого населення.

2.3. Лікарями загальної практики - сімейними лікарями (у випадках виявлення таких пацієнтів у помешканнях або на прийомі), а також лікарями інших спеціальностей.

3. Медична допомога на догоспітальному етапі повинна бути надана пацієнтам з ГПМК у перші хвилини від початку розвитку клінічних ознак захворювання.

4. Пацієнтам з ГПМК, необхідно забезпечити термінову госпіталізацію у відповідні ЗОЗ, які надають вторинну медичну допомогу, в період найбільших терапевтичних можливостей.

5. Швидка діагностика клінічних ознак ГПМК на догоспітальному етапі скорочує час для встановлення діагнозу та транспортування пацієнта у відповідні ЗОЗ.

6. Всі пацієнти з підозрою на ГПМК незалежно від статі, віку та інших факторів після надання екстреної медичної допомоги, підлягають терміновій госпіталізації у багатопрофільні лікарні (за умови створення госпітальних округів – у багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування).

7. Для забезпечення послідовності надання медичної допомоги пацієнтам з діагнозом ГПМК у кожному ЗОЗ доцільно розробити та впровадити локальні протоколи медичної допомоги (ЛПМД), у яких визначений клінічний маршрут пацієнта та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення.

Крім цього, взаємодія між ЗОЗ, які надають екстрену, первинну, вторинну та третинну медичну допомогу визначається наказом територіального органу з питань охорони здоров'я та координується спільним узгодженим Локальним протоколом медичної допомоги (регіональний рівень локального протоколу).

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

3.1.1. ДЛЯ ДИСПЕТЧЕРА ОПЕРАТИВНО-ДИСПЕТЧЕРСЬКОЇ СЛУЖБИ ЦЕНТРУ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ

Положення протоколу

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

Необхідні дії

Обов'язкові:

1. Диспетчер оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф приймає виклик використовуючи алгоритм «Виявлення підозри на ГПМК (інсульт)» (Додаток № 1).
2. Після реєстрації виклику диспетчер терміново направляє бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події.

3.1.2. ДЛЯ БРИГАДИ ЕКСТРЕНОЇ (ШВИДКОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Положення протоколу

1. Прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події становить у містах-10 хвилин, у населених пунктах поза межами міста - 20 хвилин з моменту надходження звернення до диспетчера оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

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

2. Діагностичне та клінічне обстеження пацієнта проводиться в повному обсязі та фіксується у карті виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о).

Обґрунтування

Рання діагностика та госпіталізація пацієнтів з ознаками ГПМК у спеціалізовані ЗОЗ покращує результати лікування пацієнтів з інсультом.

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Збір анамнезу

1.1. Збір анамнезу захворювання:

1.1.1. Встановити точний час початку захворювання (або час, коли пацієнт був востаннє без симптомів ГПМК);

1.1.2. Зафіксувати скарги пацієнта (наявність головного болю, нудоти, блювання, порушення мови, чутливості та активних рухів у кінцівках) на момент початку захворювання (якщо дозволяє стан пацієнта), або з'ясувати особливості початку захворювання зі слів родичів (свідків).

1.1.3. Швидкість наростання симптомів захворювання;

1.1.4. При наявності інсульту в анамнезі з'ясувати, які резидуальні неврологічні порушення зберігалися, а які з'явилися на момент огляду.

1.2. Збір анамнезу життя (ретельний, але швидкий):

1.2.1. Зібрати загальний алергологічний анамнез та з'ясувати чи є алергічні реакції на прийом лікарських засобів;

1.2.2. Встановити, які лікарські засоби приймає пацієнт щоденно;

1.2.3. З'ясувати, які лікарські засоби пацієнт приймав перед розвитком перших ознак хвороби;

1.2.4. Виявити наявність в анамнезі порушень мозкового кровообігу, інших супутніх захворювань: артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, захворювань серцево-судинної системи, аритмії та шкідливих звичок.

2. Проведення фізичного обстеження (ретельно, але швидко)

2.1. Оцінка загального стану і життєво важливих функцій: свідомості, дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE (Додаток № 2).

2.2. Відповідно до показань усунути порушення життєво важливих функцій організму – дихання, кровообігу.

3. Оцінка неврологічного статусу пацієнта (ретельно, але дуже швидко, терміново)

1. Рівень свідомості за шкалою ком Глазго (Додаток № 3).

2. Ознаки інсульту за шкалою «Мова-рука-обличчя-час» (FAST) (Додаток № 4).

4. Проведення лабораторного обстеження: визначення рівня глюкози крові за допомогою портативного глюкометра.

5. Проведення інструментального обстеження

Обов'язково:

1. Визначення артеріального тиску на обох руках;

2. Вимірювання температури тіла;

3. ЕКГ або передача біометричних ЕКГ-сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ.

Бажані:

Пульсоксиметрія (визначення сатурації крові киснем, норма $\geq 95\%$).

3. Лікувальна тактика

3.1. Немедикаментозні медичні втручання

Положення протоколу

1. Надання правильного положення тілу пацієнта для профілактики аспірації дихальних шляхів.
2. Забезпечення прохідності дихальних шляхів.
3. Оксигенотерапія при ознаках гіпоксії.

Обґрунтування

У пацієнтів з інсультом підвищується ризик виникнення порушень ковтання, тому необхідно попередити аспіраційні ускладнення і розвиток у подальшому аспіраційної пневмонії.

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

- 1. Надати правильне положення тілу пацієнта:** на спині, з піднятим на 30⁰ головним кінцем медичних нош-каталки або за допомогою підручних засобів.
- 2. Застосовувати стандартні методи для відновлення прохідності дихальних шляхів та профілактики аспірації.**

1. Для покращення прохідності верхніх дихальних шляхів необхідно:
 - 1.1. Забезпечити вільне дихання: розстігнути тугий комірць, попередити закидання голови назад або надмірне згинання голови);
 - 1.2. Повернути голову пацієнта на бік;
 - 1.3. Вийняти зубні протези з ротової порожнини пацієнта.
2. Для проведення заходів з профілактики аспірації:
 - 2.1. Здійснити санацію верхніх дихальних шляхів і ротоглотки, а при її неефективності пацієнтам із збереженим самостійним диханням ввести повітровод або ларингеальну маску для попередження западання язика та полегшення відсмоктування слини. Якщо дихання залишається неадекватним, необхідно виконати інтубацію трахеї з наступною санацією дихальних шляхів. При значній дихальній недостатності перевести пацієнта на ШВЛ (при тяжкості стану хворого за ШКГ 8 балів і нижче – інтубація і ШВЛ).

3. Проведення оксигенотерапії

Кисневу терапію доцільно проводити пацієнтам у яких є клінічні ознаки порушення функції зовнішнього дихання та/або насичення крові киснем (сатурація) нижче 95%.

1. При порушенні свідомості інгаляція кисню проводиться обов'язково.
2. ШВЛ проводити при брадіпное (ЧД менше ніж 12 за хвилину), тахіпное (ЧД більше ніж 35-40 за хвилину), якщо сатурація периферичної крові нижче, ніж 95%, та наростає ціаноз шкіри.

4. Забезпечення венозного доступу

Забезпечення венозного доступу проводиться шляхом виконання стандартної процедури венозної пункції з дотриманням заходів асептики/антисептики катетером для внутрішньовенної пункції, який ретельно фіксується пов'язкою.

3.2. Надання екстреної медичної допомоги

Положення протоколу

1. Контроль рівня АТ.
2. Визначення та корекція рівня глюкози крові.

Обґрунтування

Різне зниження АТ може призвести до погіршення стану пацієнта, тому через складність адекватного контролю темпів зниження АТ застосування антигіпертензивної терапії у пацієнтів з гострим порушенням мозкового кровообігу на догоспітальному етапі у більшості випадків **не рекомендоване**. Некорегований високий або низький рівень глюкози крові негативно впливає на подальший перебіг захворювання.

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Контроль і корекція АТ

NB! Корекція АТ не проводиться у разі виявлення:

АТ сист. не більше ніж 220 мм рт. ст. та/або АТ діаст. не більше ніж 120 мм рт. ст.

У випадку, коли у пацієнта виявлене значне підвищення АТ:

АТ сист. *більше ніж* 220 мм рт. ст. та/або АТ діаст. *більше ніж* 120 мм рт. ст. антигіпертензивна терапія може бути призначена під контролем АТ.

NB! Артеріальний тиск можна знизити не більше як 10-15%. Показане повільне зниження АТ впродовж години.

Зниження артеріального тиску може бути проведене з використанням таких лікарських засобів:

Альфа-адреноблокатори: урапідил;

Бета-адреноблокатори: есмолол, метопролол, лабеталол;

Інгібітори АПФ еналаприл.

2. Інфузійна терапія

Проводиться введення 0,9% розчину натрію хлориду.

3. Корекція рівня глюкози

При виявленні рівня глюкози у крові **менше 3,0 ммоль/л** необхідно ввести 40-80 мл 20% розчину глюкози в/в болюсно.

4. Судомний синдром

1. Діазепам в/в, у разі необхідності повторного введення - внутрішньом'язово або в/в крапельно.
2. Магнію сульфат (для комплексної терапії при судомному синдромі) - вводити в/в повільно болюсно або крапельно у розчині 0,9% натрію хлориду.

NB! Протипоказані та нерекомендовані втручання у пацієнтів з підозрою на ГПМК:

1. Призначення ацетилсаліцилової кислоти або іншої антитромбоцитарної терапії до проведення **нейровізуалізації**.
2. Сублінгвальне та внутрішньом'язове введення антигіпертензивних лікарських засобів у зв'язку непередбаченим фармакодинамічним ефектом.
3. Протипоказане застосування ніфедипіну короткої дії, оскільки швидкість та ступінь зниження АТ при його прийомі (особливо сублінгвально) важко контролювати, у зв'язку з чим підвищується ризик ішемії мозкових або вінцевих судин.
4. Протипоказане застосування фуросеміду для лікування набряку мозку через можливе різке зниження АТ та поглиблення гіпоксії мозку.
5. Протипоказане введення папаверину гідрохлориду.
6. Протипоказане введення розчинів глюкози та інших інфузійних розчинів, які містять глюкозу.
7. Протипоказане введення нефракціонованого гепарину, гепарину низької молекулярної маси і гепариноїдів.
8. Протипоказане застосування кальцію хлориду, етамзилату, менадіону або аскорбінової кислоти для зупинки кровотечі при підозрі на геморагічний інсульт (починають діяти через декілька діб, ефективність при ГПМК не досліджувалась).
9. На сьогодні відсутні докази ефективності лікування ГПМК за допомогою нейропротекторних та ноотропних лікарських засобів, а також бурштинової кислоти, введення цих лікарських засобів на догоспітальному етапі не рекомендоване.

4. Транспортування пацієнта до стаціонару

Положення протоколу

1. Термінове транспортування пацієнта у визначені ЗОЗ вторинної медичної допомоги

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Транспортування пацієнта в автомобілі швидкої медичної допомоги відбувається з піднятим головним кінцем медичних нош-каталки в лежачому положенні на спині, з піднятим на 30° головним кінцем. *(Ноші-каталка функціональні та відповідають державним стандартам: з 01.10.09 р. на території України введено в дію Національний Стандарт України ДСТУ 7032:2009 (EN 1789:2007, MOD) "Автомобілі швидкої медичної допомоги та їхнє устаткування".*
2. Термінова госпіталізація пацієнта проводиться у заклад охорони здоров'я: у відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги лікарні, спеціалізовані інсультні відділення, лікарню швидкої медичної допомоги

(або у багатопрофільну лікарню (клінічну лікарню) інтенсивного лікування).

3. Пацієнти з транзиторними ішемічними атаками підлягають обов'язковій терміновій госпіталізації.
4. Пацієнт госпіталізується у супроводі родичів або представників (за можливістю).
5. Керівник бригади ШМД повинен повідомити ЗОЗ про пацієнта з ГПМК, який перебуває в межах «вікна терапевтичних можливостей», як про можливого кандидата на проведення сТЛТ способом, який узгоджений в ЛПМД.

3.1.3. ДЛЯ ЛІКАРІВ ПУНКТИВ НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ ДОРΟΣЛОГО ТА ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ

Положення протоколу

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

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Здійснити виїзд за викликом у терміновому порядку.
2. Провести швидкий збір анамнезу:
 - 2.1. Встановити точний час появи перших ознак захворювання.
 - 2.2. Зафіксувати скарги пацієнта на момент початку захворювання (якщо дозволяє стан пацієнта, або з'ясувати особливості початку захворювання зі слів родичів (свідків).
 - 2.3. Зібрати загальний алергологічний анамнез та з'ясувати чи є алергічні реакції на прийом лікарських засобів.
 - 2.4. Встановити, які лікарські засоби приймає пацієнт щоденно.
 - 2.5. Виявити, які лікарські засоби пацієнт приймав перед розвитком перших ознак хвороби.
 - 2.6. Виявити наявність в анамнезі порушень мозкового кровообігу, інших супутніх захворювань: артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, захворювань серцево-судинної системи, аритмії, та шкідливих звичок.
3. Провести обстеження клінічного стану пацієнта та необхідну інструментальну діагностику.
 - 3.1. Фізичне обстеження (ретельно, але швидко):
 1. Оцінка загального стану і життєво важливих функцій: свідомості, дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE (Додаток № 1).
 2. У разі необхідності надати першу медичну допомогу (або здійснити комплекс реанімаційних заходів).

3.2. Оцінка неврологічного стану пацієнта (ретельно, але швидко).

Ознаки інсульту за шкалою «Мова-рука-обличчя-час» (FAST)
(Додаток № 4).

3.3. Лабораторне обстеження:**Бажані:**

Визначення рівня глюкози крові за допомогою портативного глюкометра;

3.4. Інструментальні обстеження:**Обов'язкові :**

1. Визначення артеріального тиску на обох руках;
2. Вимірювання температури тіла.

Бажані:

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

4. Надати медичну допомогу**1. Надати правильне положення тілу пацієнта:**

- 1.1. Правильне положення тіла пацієнта: на спині, з піднятим на 30° головним кінцем тулуба, так, щоб головний кінець був у ношах-каталиці
- 1.2. Для профілактики аспірації необхідно повернути голову набік.
- 1.3. У разі порушення функції дихання та кровообігу, що загрожує життю, діяти за алгоритмом ABCDE (Додаток № 1).

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

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

3.1.4. ДЛЯ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ - СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

Положення протоколу

1. **Первинна та вторинна профілактика** розвитку інсульту розглядається з позиції загальної профілактики АГ і полягає у виявленні і корекції доведених факторів ризику (ФР). Необхідні дії визначаються уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія» (2012), затвердженим МОЗ України.
2. Первинна медична допомога надається лікарями загальної практики – сімейними лікарями та дільничними лікарями-терапевтами:
 - 2.1. В амбулаторіях, амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини, сільських лікарських амбулаторіях, фельдшерських пунктах, фельдшерсько-акушерських пунктах (номенклатура згідно з наказом МОЗ від 28.10.2002 № 385).
 - 2.1.1. В центрах первинної медико-санітарної допомоги, фельдшерсько-акушерських пунктах, фельдшерських пунктах в амбулаторних умовах (на прийомі у лікаря, в денному стаціонарі) або за місцем проживання (перебування) пацієнта.

Положення протоколу

Лікар загальної практики-сімейний лікар повинен сприяти швидкому доступу пацієнтів з підозрою на ГПМК до екстреної медичної допомоги та термінової госпіталізації у відповідний ЗОЗ.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

Виклик екстреної медичної допомоги 103 або за єдиним телефонним номером виклику екстреної допомоги 112.

1. Провести швидкий збір анамнезу:

1.1. Встановити точний час появи перших ознак захворювання.

1.2. Зафіксувати скарги пацієнта на момент початку захворювання (якщо дозволяє стан пацієнта, або з'ясувати особливості початку захворювання зі слів родичів (свідків).

1.3. Зібрати загальний алергологічний анамнез та з'ясувати наявність можливих алергічних реакцій на прийом лікарських засобів.

1.4. Встановити, які лікарські засоби приймає пацієнт щоденно.

1.5. Виявити, які лікарські засоби пацієнт приймав перед розвитком перших ознак хвороби.

1.6. Виявити наявність в анамнезі порушень мозкового кровообігу, інших супутніх захворювань: артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, захворювань серцево-судинної системи, аритмії, та шкідливих звичок.

2. Провести обстеження клінічного стану пацієнта та необхідну інструментальну діагностику.

2.1. Фізичне обстеження (ретельно, але швидко):

2.1.1. Оцінка загального стану і життєво важливих функцій: свідомості, дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE (Додаток № 1).

2.1.2. У разі необхідності надати першу медичну допомогу (або здійснити комплекс реанімаційних заходів).

2.2. Оцінка неврологічного стану пацієнта (ретельно, але швидко).

Ознаки інсульту за шкалою «Мова-рука-обличчя-час» (FAST) (Додаток № 4).

2.3. Лабораторне обстеження:

Бажані:

Визначення рівня глюкози крові за допомогою портативного глюкометра;

Інструментальні обстеження:

Обов'язкові :

1. Визначення артеріального тиску на обох руках;

2. Вимірювання температури тіла.

Бажані:

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

3. Надати медичну допомогу

3.1. Надати правильне положення тілу пацієнта:

3.1.1. Положення тіла пацієнта: на спині, з піднятим на 30⁰ головним кінцем за допомогою підручних засобів.

3.1.2. Для профілактики аспірації необхідно повернути голову на бік.

3.1.3. У разі порушення функції дихання та кровообігу, що загрожує життю, діяти за алгоритмом ABCDE (Додаток № 1).

4. Забезпечити організацію термінового транспортування пацієнта у ЗОЗ, який надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу

1. Здійснити виклик екстреної медичної допомоги за єдиним телефонним номером виклику екстреної медичної допомоги 103 або за єдиним телефонним номером виклику екстреної допомоги 112.

2. Обов'язково дочекатися приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги та до її прибуття забезпечити моніторинг стану свідомості і вітальних функцій пацієнта, проведення лікувальних заходів та готовність до проведення реанімаційних заходів.

3. Для збереження часу надати керівнику бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги відомості із анамнезу пацієнта та вказати час виникнення перших симптомів ГПМК.

3.2. ДЛЯ ЗАКЛАДІВ, ЩО НАДАЮТЬ ВТОРИННУ (СПЕЦІАЛІЗОВАНУ) ТА ТРЕТИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

Організація надання медичної допомоги

1. Взаємодія між ЗОЗ, які надають екстрену, первинну, вторинну та третинну медичну допомогу визначається наказом територіального органу з питань охорони здоров'я та координується спільним узгодженим Локальним протоколом медичної допомоги (регіональний рівень локального протоколу).
2. У кожному ЗОЗ розробляється та впроваджується власний Локальний протокол медичної допомоги (маршрут пацієнта), яким визначається взаємодія структурних підрозділів первинної та вторинної ланки надання допомоги в цьому ЗОЗ (відділенні), необхідні дії та час при госпіталізації, діагностичних заходах, виконанні спеціалізованого лікування у пацієнта з інсультом.
3. Організація відділень з надання спеціалізованої допомоги пацієнтам з інсультом, які створюються в ЗОЗ, що мають у своїй структурі приймальні відділення екстреної невідкладної медичної допомоги, діагностичні, лабораторні та інші підрозділи для надання такої допомоги; штат спеціально підготовлених для надання допомоги пацієнтам з інсультом спеціалістів з вищою медичною (неврологи, анестезіолог, нейрохірург) та педагогічною (фахівці з фізичної реабілітації, логопеди) освітою, а також із середньою медичною освітою.
4. Організація надання медичної допомоги пацієнтам з геморагічним інсультом із залученням фахівців мультидисциплінарної команди (МДК), яка, при потребі, забезпечує своєчасне надання нейрохірургічної допомоги. МДК складається із підготовленого медичного та педагогічного персоналу, забезпечує міждисциплінарний підхід до лікування, реабілітації та профілактики (в тому числі ускладнень). Учасники МДК регулярно (не менше одного разу на тиждень) збираються для обговорення проблем пацієнта, визначення індивідуальних завдань та обсягу реабілітаційних втручань, виходячи із клінічного стану пацієнта та його функціональних можливостей, планують виписку пацієнта на подальші етапи лікування та реабілітації.

Положення протоколу

- 1. Всі пацієнти з підозрою на ГПМК повинні бути терміново госпіталізовані незалежно від віку, статі і тяжкості захворювання.**
2. Пацієнтів з підозрою на ГПМК госпіталізують у багатопрофільні лікарні (за умови створення госпітальних округів – у багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування).
- 3. ЗОЗ, які приймають пацієнтів з підозрою на ГПМК, повинні мати можливість забезпечити в цілодобовому режимі:**
 - 3.1. КТ/МРТ нейровізуалізацію
 - 3.2. моніторинг вітальних функцій

3.3. лабораторний контроль показників гомеостазу

3.4. надання необхідної допомоги спеціально підготовленим за проблемою інсульту медичним персоналом.

3.5. консультацію нейрохірурга.

4. Наявний ЛПМД дозволить організувати ефективне використання часу для швидкого встановлення діагнозу та вибору стратегії і тактики лікування, забезпечить своєчасне надання нейрохірургічної допомоги пацієнтам з геморагічним інсультом за показаннями.

5. Кожен медичний працівник, який бере участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з геморагічним інсультом, повинен керуватися ЛПМД.

Лікування пацієнтів у спеціалізованих інсультних відділеннях достовірно зменшує летальність, загальну смертність та інвалідність. Своєчасне проведення нейрохірургічного лікування пацієнтів з церебральними аневризмами, внутрішньомозковими крововиливами та АВМ попереджує розвиток ускладнень геморагічного інсульту і покращує результати лікування.

Основні компоненти медичної допомоги на госпітальному етапі:

1. Діагностичне обстеження для встановлення типу інсульту, локалізації та об'єму гематоми, встановлення причини внутрішньочерепного крововиливу.
2. За умови підтвердженого геморагічного інсульту - оцінка стану пацієнта та визначення необхідного виду лікування – медикаментозного, мікрохірургічного або ендovasкулярного. Визначення показів для обстеження методом КТ або МР ангіографії, селективної церебральної ангіографії, показів для проведення хірургічного та/або ендovasкулярного лікування пацієнтів з внутрішньочерепними крововиливами і їх ускладненнями (артеріальний спазм, ліквородинамічні порушення). Забезпечення виконання нейрохірургічних втручань при наявності відповідних показань.
При відсутності умов для надання нейрохірургічної допомоги - забезпечення своєчасного переведу хворих з інтракраніальними крововиливами, які її потребують, у відповідні ЗОЗ.
3. Якщо ВМК не обумовлений судинним ураженням головного мозку (аневризма, АВМ, кавернома) і не викликає дислокаційно-компресійного синдрому і ліквородинамічних порушень, проводиться медикаментозне лікування, яке включає корекцію артеріального тиску, підтримання життєво-важливих функцій, корекцію порушень системи згортання крові, нормалізацію внутрішньочерепного тиску, попередження вторинного ангіоспазму і заходи профілактики можливих соматичних ускладнень.
4. Хірургічне лікування проводиться за визначеними показаннями при наявності дислокаційно-компресійного синдрому і ліквородинамічних порушень внаслідок ВМК, крововиливу у мозочок або прориву крові у шлуночки мозку, а також при інтракраніальному крововиливі внаслідок розриву аневризми або артеріо-венозної мальформації, при крововиливі у пухлину або каверному. Для хірургічного лікування хворий переводиться

у нейрохірургічне відділення. При підозрі на розрив церебральної аневризми або при наявності ліквородинамічних порушень переведення у нейрохірургічне відділення здійснюється в ургентному порядку. Види і особливості хірургічних та ендovasкулярних втручань викладені у протоколах третинної допомоги.

5. У відділеннях, де перебуває пацієнт, проводиться постійний моніторинг стану пацієнта, надається необхідна медична допомога. При стабілізації життєво важливих функцій і загального стану пацієнта забезпечуються реабілітаційні заходи участю координованої роботи мультидисциплінарної команди кваліфікованих фахівців.
6. Підготовка пацієнта до виписки та створення індивідуального плану профілактики повторного інсульту та корекції виявлених серцево-судинних факторів ризику
7. Розробка та надання довготривалої (не менше року) мультидисциплінарної індивідуальної реабілітаційної програми (ІРП) після виписки зі стаціонару.

3.2.1. Приймальне відділення

Положення протоколу

1. Первинний огляд госпіталізованого пацієнта з підозрою на ГПМК здійснює невролог, при необхідності - сумісно з анестезіологом та нейрохірургом.
2. У приймальному відділенні оцінюється загальний та неврологічний стан хворого, проводиться диференційна діагностика, визначається подальша тактика обстеження та лікування.
3. Приймальне відділення повинно мати можливість забезпечити в цілодобовому режимі:
 - 3.1. проведення методів нейровізуалізації КТ/МРТ;
 - 3.2. проведення лабораторної діагностики;
 - 3.3. медикаментозне та інструментальне забезпечення для надання невідкладної допомоги у разі наявних у хворого порушень вітальних функцій;
 - 3.4. технічне забезпечення проведення моніторингу вітальних функцій;
 - 3.5. невідкладну консультацію нейрохірурга та інших необхідних спеціалістів.
4. Наявний ЛПМД дозволить організувати ефективно використання часу для швидкого встановлення діагнозу та вибору стратегії і тактики лікування, забезпечить своєчасне надання нейрохірургічної допомоги пацієнтам з внутрішньочерепними крововиливами за визначеними показами.

Обґрунтування

Неврологічне обстеження повинно проводитися терміново в повному обсязі. Клінічна картина геморагічного інсульту обумовлена локалізацією та об'ємом крововиливу. Найважливішою ознакою ГПМК є гострий розвиток загальноомозкових та вогнищевих неврологічних симптомів (впродовж хвилин, годин). Зазвичай при геморагічному інсульті стан хворого тяжкий, переважають

загальномоозкові симптоми, нерідко порушення свідомості по типу вираженого приглушення, сопору або коми.

Формування півкульних інсульт-гематом супроводжується появою контралатеральних рухових і чутливих порушень за гемітипом, афатичними розладами при ураженнях домінантної півкулі. Збільшення об'єму інсульт-гематоми викликає наростання клінічних проявів внутрішньочерепно́ї гіпертензії і появу симптомів компресії верхніх відділів стовбура у вигляді посилення інтенсивності головного болю, появи блювоти і поглиблення розладів свідомості, порушення функції дихання та серцево-судинної діяльності. Внаслідок дислокації та компресії стовбура мозку коматозний стан – горметонія може розвиватись протягом короткого терміну без попередньої маніфестації вогнищевих неврологічних порушень.

При поширенні крововиливу на верхні стовбурові відділи або їх компресії внаслідок дислокаційних порушень в гострому періоді визначаються окорохові і знічно-моторні порушення (парез вертикального погляду, порушення конвергенції, розхідна косоокість, парез погляду убік, анізокорія, мідріаз, відсутність реакції зіниць на світло).

При крововиливах в міст головного мозку клінічна картина включає раптове порушення свідомості до коми, тетраплегію, виражену децеребраційну ригідність, міоз з відсутністю реакції зіниць на світло, симптом «очей ляльки», зниження артеріального тиску, брадикардію. При крововиливах у каверному мосту головного мозку клінічні симптоми можуть бути менш вираженими і обмежуватися нерідко вираженими парезами кінцівок, порушеннями функцій черепних нервів.

Характерними симптомами для крововиливів у мозочок є біль в потиличній області, повторна блювота, дифузна м'язева гіпотонія, запаморочення, зниження артеріального тиску, брадикардія. При подальшому пригніченні свідомості до коми виникають симптоми ураження стовбура мозку: горметонії, децеребраційна ригідність.

При прориві крові у шлуночкову систему стан пацієнтів різко погіршується протягом короткого проміжку часу: поглиблюється порушення свідомості, розвивається гіпертермія, з'являються горметонії, стають лабільними серцева діяльність та судинний тонус, виникають порушення дихання.

Субарахноїдальні крововиливи (САК) характеризуються раптовою появою сильного головного болю, який пацієнти описують як найсильніший біль у їхньому житті. При цьому спостерігається іррадіація болю в шийний та/або поперековий відділи хребта, поява нудоти, блювання, розвивається менінгеальна симптоматика, світлобоязнь. В момент початку захворювання може мати місце втрата свідомості, іноді – генералізований судомний напад. У подальшому найчастіше спостерігається відновлення свідомості. Повторне порушення свідомості пов'язане з рецидивом розриву аневризми. Менінгеальні симптоми являють собою провідний клінічний прояв захворювання. У більшості випадків пацієнти з САК не мають неврологічних вогнищевих порушень. Інколи у гострому періоді САК можлива компресія аневризмою черепно-мозкових нервів,

що супроводжується появою окорухових порушень. Досить специфічним для САК внаслідок розриву аневризм є раптове погіршення зору внаслідок крововиливів у сітківку ока або у скловидне тіло

Необхідні дії лікаря приймального відділення

Обов'язкові:

1. Збір анамнезу:

1.1 Збір анамнезу захворювання.

1.1.1. Лікар, який оглядає пацієнта, повинен точно визначити час початку захворювання (якщо очевидців розвитку симптомів інсульту немає, часом розвитку інсульту слід вважати той час, коли пацієнта востаннє бачили у «звичайному» стані – без симптомів інсульту).

1.1.2. Визначити скарги (якщо дозволяє стан пацієнта) та клінічний перебіг симптомів захворювання.

1.2 Збір анамнезу життя.

Виявлення судинних факторів ризику інсульту, таких як АГ, порушення ритму серця, захворювання серця, цукровий діабет, інфаркт міокарду, судомні напади або ГПМК в минулому.

1.3 Збір сімейного анамнезу.

1.4 Збір медикаментозний анамнезу.

Перелік ліків, які приймає пацієнт (пероральні антикоагулянти; антиагреганти, НСПЗЗ, антигіпертензивні засоби, статини тощо) та наявність/відсутність алергії на лікарські засоби.

1.6 Збір інформації про перенесені травми, хірургічні втручання та шкідливі звички (куріння, зловживання алкоголем, вживання наркотиків).

2. Фізикальне обстеження

2.1 Вимірювання АТ на обох руках.

2.2 Вимірювання ЧСС.

2.3 Вимірювання температури тіла (Т тіла).

2.4 Вимірювання частоти дихання (ЧД).

2.5 Вимірювання маси тіла.

2.6 Вимірювання зросту, обхвату талії.

3. Огляд по органах та системах

Під час огляду необхідно приділити особливу увагу:

3.1 огляду голови та шиї (ознаки травми),

3.2 огляду язика (прикуси),

3.3 огляду ніг (набряки),

3.4 огляду кольору шкіри (жовтяниця, синці, петехії, ціаноз),

3.5 аускультатії серця та сонних артерій (аритмії, шуми),

3.6 пальпація пульсу на артеріях стоп.

4. Неврологічне обстеження

4.1. Особливості проведення неврологічного обстеження у хворого з внутрішньомозковим крововиливом

4.1.1. Визначення ступеню порушення свідомості проводиться за шкалою ком Глазго (Додаток №3)

4.1.2. Визначення тяжкості інсульту проводиться за допомогою Шкали тяжкості інсульту (NIHSS) (Додаток № 5)

4.1.3. Повторні оцінки неврологічного стану за допомогою Шкали тяжкості інсульту (NIHSS) проводяться через 3 та 6 годин з моменту прибуття пацієнта до відділення, далі щоденно. Оцінка динаміки неврологічного стану допомагає визначити характер клінічного перебігу захворювання, своєчасно попереджувати розвиток ускладнень і прогнозувати наслідки лікування. Бали тяжкості інсульту вносяться до історії хвороби згідно з Додатком № 6.

4.1.4. Проведення тесту на виявлення порушення ковтання (Додаток № 7).

4.2. Особливості проведення неврологічного обстеження при субарахноїдальному крововиливі внаслідок розриву церебральних аневризм:

4.2.1. Визначення ступеню порушення свідомості проводиться за шкалою ком Глазго (Додаток №3)

4.2.2. Оцінка стану тяжкості хворого з аневризмальним САК проводиться за шкалою Ханта і Хесса (Додаток №8), що дає змогу визначити подальшу тактику лікування хворого: I-III ст. – хірургічне лікування, IV-V ст. – інтенсивна терапія з метою стабілізації стану хворого і підготовки до хірургічного лікування.

Доцільність проведення ургентної операції і її вид хворим, що перебувають у тяжкому стані (IV-V ст. за шкалою Ханта і Хесса) визначається індивідуально з урахуванням факторів, що викликають дислокаційно-компресійні або ліквородинамічні порушення (наявність ВМК або гідроцефалії).

4.2.3. Повторні оцінки стану тяжкості хворого проводяться за шкалою Ханта і Хесса через 3 та 6 годин з моменту прибуття пацієнта до відділення, надалі щоденно (при САК за шкалою Ханта і Хесса, при ВМК за шкалою ком Глазго).

4.2.4. Проведення тесту на виявлення порушення ковтання (Додаток № 7).

3.2.2. Діагностика

Положення протоколу

1. **Нейровізуалізація головного мозку виконується всім пацієнтам з ГПМК в першочерговому терміновому порядку.**
2. **При виявленні під час візуалізації ознак ішемічного інсульту проводяться необхідні дії відповідно до УКПМД «Інсульт ішемічний», затвердженого наказом МОЗ України від 03 серпня 2012 року № 602.**
3. Лабораторні та інструментальні обстеження проводяться всім пацієнтам з ГПМК в першочерговому терміновому порядку з метою підтвердження діагнозу інсульту і визначення його типу, встановлення причини

інтракраніальної геморагії для вибору адекватної лікувальної тактики, призначення відповідної терапії, попередження можливих ускладнень а також заходів диференційованої вторинної профілактики інсульту.

4. Диференційна діагностика проводиться з урахуванням клінічних симптомів, даних лабораторних та інструментальних методів дослідження, консультацій необхідних спеціалістів.

Обґрунтування

1. Попереднє повідомлення лікувального закладу та належне сполучення з відділенням радіології (рентгенодіагностичним відділенням) полегшує доступ до методів діагностичної нейровізуалізації та зберігає час для своєчасного надання подальшої медичної допомоги.
2. Невідкладна нейровізуалізація (КТ або МРТ) є першочерговим діагностичним заходом для встановлення типу інсульту і визначення тактики лікування пацієнта з ГПМК. Безконтрастна СКТ є методом вибору для термінової нейровізуалізації.
3. Сучасні засоби нейровізуалізації дозволяють неінвазивно виконати оцінку стану судин головного мозку (КТ або МР ангіографія)
4. Цифрова субтракційна ангіографія (ЦСА) залишається «золотим стандартом» в діагностиці патології судин головного мозку і виконується при підозрі на церебральну судинну патологію, якщо результати КТ або МР ангіографії непереконливі або негативні, а також, при необхідності вибору певного способу нейрохірургічного лікування (мікрохірургічного або ендоваскулярного).
5. Нейровізуалізаційні обстеження пацієнтів з ГПМК мають пріоритет перед плановими обстеженнями, так як час має вирішальне значення для ефективного лікування.
6. Лабораторні обстеження є важливими для призначення адекватної терапії в разі виявлення порушень гомеостазу. Інструментальні обстеження (ЕКГ) є важливими для діагностики гострої кардіальної (чи коронарної) патології, що досить часто супроводжує ГПМК.

Необхідні дії лікаря

1. Нейровізуалізація головного мозку

- 1.1. Проведення нейровізуалізаційного дослідження головного мозку (КТ/МРТ).
- 1.2. Пацієнтам з менінгеальною симптоматикою при відсутності ознак інтракраніального крововиливу за результатами нейровізуалізаційного дослідження показано **проведення люмбальної пункції для виключення САК.**

2. Інструментальні дослідження

- 2.1. ЕКГ.
- 2.2. Пульсоксиметрія (моніторинг).

3. Лабораторні обстеження

- 3.1. Загальний аналіз крові (з визначенням кількості тромбоцитів).
- 3.2. Визначення рівня глюкози.

3.3. Визначення показника МНВ (хворим, які приймали варфарин або інші антикоагулянти).

3.4. АЧГЧ, електролітний склад сироватки крові, ниркові проби (креатинін та сечовина сироватки крові).

3.5. Загальний аналіз сечі.

4. Невідкладна консультація нейрохірурга при:

4.1. внутрішньочерепному крововиливі за результатами нейровізуалізаційних досліджень;

4.2. ознаках САК за результатами люмбальної пункції.

За потребою, хворому може призначатися невідкладна консультація кардіолога та інших спеціалістів.

5. Диференційна діагностика проводиться з урахуванням клінічних симптомів, даних лабораторних та інструментальних методів дослідження. При сумнівності діагнозу необхідно виключити наступні захворювання:

1. ішемічний інсульт;
2. черепномозкова травма;
3. метаболічні розлади (гіпо- чи гіперглікемія, електролітні розлади, уремія);
4. пухлинні ураження головного мозку;
5. ідіопатична невропатія лицьового нерву (параліч Бела);
6. коми різної етіології;
7. гостра інтоксикація (ліки, алкоголь наркотичні засоби, інші токсини);
8. інфекційно-запальні захворювання головного мозку та/або його оболонок, абсцес головного мозку;
9. гостра периферична вестібулопатія;
10. вогнищевий неврологічний дефіцит після епілептичного нападу (параліч Тода);
11. синкопальний стан;
12. транзиторна глобальна амнезія;
13. вторинні неврологічні розлади на фоні соматичної патології (пневмонія, серцева недостатність, печінкова та ниркова недостатність);
14. ліквородинамічні порушення.

6. Планові діагностичні дії:

6.1.1. **Нейрохірурга** (проводиться при виявленні судинної патології головного мозку за результатами нейровізуалізаційних досліджень, без ознак внутрішньочерепного крововиливу або при пухлинних ураженнях головного мозку).

6.1.2. **Кардіолога** (проводиться для виявлення серцево-судинної патології та, при необхідності, призначення додаткових лабораторних та діагностичних втручань).

6.1.3. **Окуліста** (проводиться для виявлення змін сітківки (наявність крововиливів у сітківку може підтвердити геморагічний характер інсульту) та застійних дисків зорових нервів (є свідченням внутрішньочерепної гіпертензії, і протипоказом для проведення

люмбальної пункції).

6.1.4. **Логопеда** (проводиться для виявлення порушень мовлення (афазії, дизартрії) та/або ковтання (дисфагії), виявлення супутніх неврологічних порушень (дискалькульї, диспраксії), профілактики виникнення вторинних відхилень мовлення, надання першочергової логопедичної допомоги, підбору необхідного комунікативного засобу для подальшого спілкування з пацієнтом у разі виявлення афазії).

6.1.5. **Фахівця з фізичної реабілітації** (проводиться для призначення: рухового режиму у іммобілізованого пацієнта для профілактики утворення пролежнів, правильного позиціонування уражених кінцівок та профілактики утворення патологічних поз, проведення реабілітаційного обстеження та призначення індивідуальної програми ранньої реабілітації).

6.1.6. В разі необхідності можуть здійснюватися також консультації судинного хірурга, ендокринолога, гінеколога, уролога, психіатра та ін.

6.2. Інструментальні методи (за показами):

6.2.1. КТ або МР ангіографія, цифрова субтракційна ангіографія.

6.2.2. Інвазивний моніторинг ВЧТ.

6.2.3. Транскраніальна доплерографія (діагностика артеріального вазоспазму).

6.2.4. Рентгенографія легень.

6.2.5. ЕХО-кардіографія (трансторакальна або трансезофагальна).

6.2.6. УЗД органів черевної порожнини.

6.3. Лабораторні дослідження:

6.3.1. Загальний аналіз сечі

6.3.2. Токсикологічний скринінг.

3.2.3. Лікування

Лікування геморагічного інсульту може мати необхідну ефективність лише у випадку швидкого встановлення причини крововиливу за допомогою сучасних методів інструментальної (неінвазивної та інвазивної) і лабораторної діагностики. Позитивна динаміка в клінічному перебігу захворювання (покращення загального стану, регресування менінгеальної симптоматики та інше) після призначення медикаментозного лікування без встановлення причини геморагічного інсульту не може бути критерієм оцінки його ефективності і сприятливого прогнозу.

Положення протоколу:

Лікування пацієнтів з геморагічним інсультом включає:

I. Базисну терапію

II. Специфічну (диференційовану) терапію у тому числі, й

III. Інтенсивну терапію пацієнтів, які перебувають у критичному стані

IV. Хірургічне лікування

Обґрунтування

1. Ефективна базисна терапія покращує загальний стан пацієнта та впливає на ефективність специфічної терапії та нейрохірургічного лікування.
2. Медикаментозне лікування геморагічного інсульту (базисна, специфічна та інтенсивна терапія) спрямовується на нормалізацію і підтримку функціонування органів і систем, усунення наслідків пошкодження мозкової тканини і їх відновлення, попередження розвитку ускладнень захворювання, включаючи соматичні, і на оптимізацію умов нейрохірургічного лікування у разі його необхідності.
3. Інтенсивній терапії підлягають усі пацієнти з гострим порушенням мозкового кровообігу, які перебувають у тяжкому стані. До таких відносять усіх пацієнтів з порушенням свідомості за типом коми, а також пацієнтів, у яких перебіг ГПМК супроводжується розвитком клінічно значимих ускладнень, як з боку ЦНС, так і з боку інших органів та систем.
4. Розриви артеріальних церебральних аневризм, крововиливи у шлуночкові систему і в задню черепну ямку з розвитком ліквородинамічних порушень і, у певних випадках, внутрішньомозкові гематоми потребують негайного нейрохірургічного лікування, спрямованого на усунення джерела крововиливу і на контроль внутрішньочерепної гіпертензії.
5. Для визначення хірургічної тактики при внутрішньочерепних крововиливах можлива доцільність динамічного спостереження за станом хворого і за перебігом захворювання в умовах нейрохірургічного стаціонару. Надання спеціалізованої нейрохірургічної допомоги здійснюється у ЗОЗ третього рівня. В усіх випадках після інструментального підтвердження геморагічного інсульту хворі повинні мати консультацію нейрохірурга.

I. БАЗИСНА ТЕРАПІЯ

Необхідні дії

1. Підтримка дихальної функції та захист дихальних шляхів.
2. Підтримка серцево-судинної функції та корекція АТ.
3. Контроль та корекція водно-електролітного балансу.
4. Корекція рівня глюкози.
5. Корекція температури тіла (пахвова температура вище 38⁰С).
 - Призначення нестероїдних протизапальних лікарських засобів.
 - Призначення парацетамолу, метамізолу натрію (при значній гіпертермії внутрішньовенно), антигістамінних засобів короткої дії.
 - Призначення фізичних методів охолодження (обертання пацієнта холодними простирадлами, холод на магістральні судини, заливання холодних розчинів в шлунковий зонд).

NB! Пацієнти з геморагічним інсультом, у яких розвивається гіпертермія, мають гірші шанси на виживання і відновлення неврологічного дефіциту. Гіпотермія знижує метаболізм мозку, церебральний кровоток і об'єм крові мозку. Помірна гіпотермія (33-35⁰С) може використовуватись тільки в спеціалізованих центрах за наявності спеціального обладнання для

охолодження крові. Лікувальна гіпотермія не була систематично досліджена у пацієнтів з ВМК.

NB! Методи зовнішнього охолодження слід застосовувати з обережністю, тому що вони часто супроводжуються виникненням м'язового тремтіння, яке призводить до підвищення потреби мозку у кисні.

6. Забезпечення адекватної оксигенації крові
7. Призначення протиепілептичних препаратів пацієнтам із судомними нападами.

II. СПЕЦИФІЧНА (ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА) ТЕРАПІЯ

Необхідні дії

1. Контроль порушень коагуляційних властивостей крові.
2. Корекція гемостазу в пацієнтів, що приймали антикоагулянти та антитромбоцитарні лікарські засоби та мають підвищене МНВ – їх відміна, з наступним введенням препаратів вітаміну К внутрішньовенно, концентрату протромбінового комплексу, свіжозамороженої плазми.
 - 2.1. Лежачим хворим з 1-4 дня призначати низькомолекулярний (у профілактичних дозах) або нефракціонований гепарин у низьких дозах (5000 ОД п/ш кожні 8-12 год.) - при умові зупинки внутрішньомозкової кровотечі, що підтверджується відсутністю збільшення розмірів гематоми за даними КТ/МРТ динаміки.
 - 2.2. Пацієнтам з високим ризиком тромбоемболії (наявність фібриляції передсердь постійної чи персистуючої форми у пацієнтів віком старше 60 років, з супутнім цукровим діабетом, артеріальною гіпертензією, серцевою недостатністю) відновити прийом варфарину з 7-14 дня - при відсутності діагностованого джерела кровотечі (аневризма, АВМ).
 - 2.3. Для профілактики венозної тромбоемболії та ТГВ – носіння еластичних панчох у комплексі з переміжною пневматичною компресією.
3. Для корекції внутрішньочерепної гіпертензії проводиться :
 - Моніторинг ВЧТ (за показами)
 - Адекватна респіраторна підтримка,
 - Введення гіпертонічних сольових розчинів, осмодіуретиків,
 - Встановлення вентрикулярного лікворного дренажу при ВШК та інше (див. розділ III.1.2 «Корекція внутрішньочерепної гіпертензії»).
4. Профілактика і лікування вторинного артеріального вазоспазму в разі аневризмального субарахноїдального крововиливу (див. розділи III.1.4 і III.1.5).

III. ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ ПАЦІЄНТІВ З ГЕМОРАГІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ

Положення протоколу

Основним спрямуванням інтенсивної терапії є підтримка порушених функцій органів та систем, а також заміщення їхніх втрачених функцій.

Найбільш ефективною є інтенсивна терапія, за допомогою якої досягають необхідної мети з використанням мінімальної кількості медикаментозних та інших засобів.

При підозрі на підвищення ВЧТ діагностичні зусилля повинні бути спрямовані на встановлення його причини (неврологічне обстеження, КТ, МРТ) і на уточнення його ступеня виразності.

При відсутності об'ємного внутрішньочерепного процесу або гідроцефалії, які потребують невідкладного нейрохірургічного втручання, зниження ВЧТ проводять медикаментозними методами.

Обґрунтування

Критеріями ефективності інтенсивної терапії є швидкість корекції клінічно значимих порушень функцій органів та систем та стабільність підтримки цих функцій у пацієнтів, що перебувають в критичному стані.

Дієвими засобами зниження ВЧТ за відсутності гіпернатріємії вважають осмотично активні препарати, зокрема, манітол, комбіновані розчини електролітів, що містять сорбітол, гіпертонічний розчин натрію хлориду у комбінації з іншими препаратами.

Протипоказами для використання осмотичних діуретиків є гіперосмолярність плазми.

Необхідні дії

3.1. Проведення інтенсивної терапії у пацієнтів, які перебувають у коматозному стані

3.1.1. Діагностика внутрішньочерепної гіпертензії (при можливості інвазивний моніторинг ВЧТ у пацієнтів з порушеннями свідомості менше 8 балів за ШКГ)

3.1.2. Корекція внутрішньочерепної гіпертензії:

1. Основні дії лікаря наведені в Алгоритмі корекції внутрішньочерепної гіпертензії (ст. 46).

2. *NB!* Алгоритм використовується у пацієнтів із встановленим контролем над дихальними шляхами (інтубація чи трахеостомія), які перебувають на ШВЛ і в яких виключена можливість неврологічного погіршення внаслідок гіпоксії, гіперкапнії, артеріальної гіпотензії та відсутній внутрішньочерепний крововилив або, які потребують хірургічного втручання. Кожен наступний крок алгоритму здійснюють при неефективності попереднього.

3. Положення головного кінця ліжка під кутом 30⁰, помірна гіпервентиляція, використання внутрішньовенних анестетиків.

4. Призначення манітолу, комбінованих розчинів електролітів, що містять сорбітол, гіпертонічного розчину натрію хлориду за відсутності гіпернатріємії (Na⁺ не вище 145-148 ммоль/л).

4. Виведення ліквору через вентрикулярний дренаж;

Покази для моніторингу ВЧТ:

1. Пацієнти з ВМК, у яких оцінка тяжкості стану за ШКГ менше 8 балів.

2. Пацієнти з ознаками внутрішньочерепної гіпертензії, які не потребують нейрохірургічного лікування (ВМК з ознаками дислокації, набряку головного мозку, компресії базальних цистерн при нейровізуалізації, лікворо-динамічними порушеннями), у яких неможливо оцінити неврологічний стан внаслідок проведення глибокої седації та нервово-м'язової блокади.

Методи вимірювання ВЧТ: вентрикулярний, паренхіматозний, субдуральний або епідуральний датчики.

3.1.3. Діагностика вазоспазму при САК

- Поява нової та/або поглиблення неврологічної симптоматики (починаючи з 4-6 доби від початку захворювання);
- Поява вогнищ ішемії в головному мозку при нейровізуалізації, зниження регіонального МК за даними перфузійних режимів КТ або МРТ;
- Прискорення лінійної швидкості кровоплину по мозкових артеріях за даними транскраніальної доплерографії;
- Ознаки спазмування мозкових артерій за даними КТ/МР – ангиографії або цифрової субтракційної ангиографії (ЦСА).

3.1.4. Лікування вазоспазму при САК:

- забезпечення нормоволемії;
- застосування німодипіну ентерально під контролем артеріального тиску;
- проведення аналгоседації (пропофол, фентаніл, дексмедетомідин під контролем АТ) у пацієнтів, які перебувають на ШВЛ;
- контрольована артеріальна гіпертензія (якщо дозволяє стан серцевої функції і артеріальний тиск відповідає нормальним величинам).

Нейрохірургічні ендovasкулярні методики застосовуються для лікування вазоспазму у випадку появи відповідної неврологічної симптоматики при неефективності специфічних інфузійних лікувальних заходів в комплексі інтенсивної терапії.

Ендovasкулярні операції балонної ангиопластики застосовуються при сегментарному вазоспазмі, а селективне інтраартеріальне введення вазодилітаторів (фармангиопластика) виконують при дифузній формі вазоспазму.

3.1.5. Особливості анестезіологічного забезпечення при хірургічному лікуванні

1. Введення в наркоз із застосуванням анестетиків із коротким періодом напіввиведення: тіопентал натрію, пропофол, дексмедетомідин (при відсутності артеріальної гіпотензії), оксibuтират натрію (за наявності артеріальної гіпотензії) у пацієнтів з неглибоким порушенням свідомості (за ШКГ > 8 балів) до операції.

2. Введення в наркоз - індукція "швидкої послідовності" використовується у пацієнтів не натще (після прийому їжі).

- Анестетики (один з перерахованих): тіопентал натрію, пропофол;
- Анальгетики: фентаніл (не менше, аніж за 3 хвилини до інтубації при наявності артеріальної гіпертензії).

3. Проведення міорелаксації:

- недеполяризуючими релаксантами (рокуронію бромід);
- проведення прекураризації (для попередження підвищення ВЧТ) у випадку застосування депольоризуючих міорелаксантів (суксаметоній).

NB! Ретельний контроль АТ на етапі інтубації у пацієнтів із розривами артеріальних аневризм!

Підтримання анестезії

- Анестетики: тіопентал натрію, пропофол, інгаляційні - севофлуран
- Анальгетики: фентаніл.

Підтримання міорелаксації

- Піпекуронію бромід або інший недеполяризуючий релаксант.

NB! На етапах втручання до розрізу твердої мозкової оболонки характерно підвищення ВЧТ та підвищення АТ на фоні гіповолемії.

3.1.6. Контроль та корекція параметрів гемодинаміки

Обов'язково:

1. Корекція підвищеного АТ:

1.1 Адекватна анестезія та аналгезія.

1.2. Зниження АТ

1. Якщо АТ сист.> 200 мм рт.ст. або середній АТ > 150 мм рт.ст., слід розглядати активне зниження АТ з безперервною внутрішньовенною інфузією з частим моніторингом АТ кожні 5 хв.

2. Якщо АТ сист.> 180 мм рт.ст. або середній АТ > 130 мм рт.ст. та існує ймовірність підвищеного ВЧТ слід розглядати моніторинг ВЧТ та зниження артеріального тиску з використанням періодичного або безперервного внутрішньовенного введення при збереженні церебрального перфузійного тиску > 60 мм рт.ст.

3. Якщо АТ сист.> 180 мм рт.ст. або середній АТ становить > 130 мм рт.ст. і немає підвищення ВЧТ, слід розглядати доцільність помірною зниження АТ (наприклад, середній АТ – 110 мм рт.ст. або цільового АТ 160/90 мм рт.ст.) з використанням перервної або безперервної внутрішньовенної інфузії для контролю АТ з проведенням клінічної оцінки стану пацієнта кожні 15 хв.

1.3. Для зниження АТ застосовується внутрішньовенне введення урапідилу, есмололу, еналаприлу.

NB! Після розтину твердої мозкової оболонки можливе зниження ВЧТ при цьому на фоні гіповолемії можливе зниження АТ до критичного рівня.

2. Контроль ЧСС, центрального венозного тиску (ЦВТ);

Бажано:

Проведення інвазивного моніторингу АТ.

3.1.7. Гемодинамічна та вентиляційна підтримка у периопераційному періоді

Проведення катетеризації центральної вени, а при наявності масивної кровотечі ще й периферичної вени, до або під час інтубації трахеї.

Завчасне приготування розчину вазопресору.

Забезпечення помірної гіпервентиляції чи нормовентиляції (PaCO_2 - 30-35 мм. рт.ст.).

Проведення агресивної корекції артеріальної гіпотензії (за наявності сист. АТ < 120 мм рт.ст. або серед. АТ < 70 мм рт.ст.) (бажано у хворих в критичному стані проводити інвазивний контроль АТ):

- Проведення інфузійної терапії (розчини натрію хлориду, за відсутності гіпернатріємії; розчини колоїдів – 10-20% альбумін, розчини гідроксиетильованого крохмалю) під контролем ЦВТ (ЦВТ < 60 мм вод.ст.);
- Призначення вазопресорів (допамін, фенілефрин, норепінефрин (норадреналін)).

Призначення для корекції підвищеного АТ бета-адреноблокаторів, блокаторів кальцієвих каналів, внутрішньовенних інгібіторів АПФ (диференційований підхід до корекції артеріальної гіпертензії).

3.1.8. Підтримання респіраторної функції

1. Покази для ШВЛ у пацієнтів з геморагічним інсультом:

- порушення свідомості за ШКГ 8 балів і вище;
- апное,
- тяжкі порушення ритму дихання (брадипное, Чейн-Стокса, Біота, гаспінг),
- стійка задишка > 30 дихань/хв.,
- гіпоксемія (ціаноз, $\text{PaO}_2 \leq 80$ мм.рт.ст. При відсутності газоаналізатора показом є $\text{SpO}_2 < 92\%$),
- гіперкапнія ($\text{PaCO}_2 \geq 50$ мм рт.ст.).

2. Проведення ШВЛ у протективному режимі ($V_t=6-7$ мл/кг, позитивний тиск в кінці видиху (ПТКВ).

NB! Без необхідності не збільшувати ПТКВ вище за 5 см вод.ст., щоб не підвищувати ВЧТ.

Трахеостомія у випадку, якщо не прогнозується переведення пацієнта на спонтанне дихання, впродовж найближчих 3-4 днів.

3. Моніторинг показників респіраторної функції легень у пацієнтів, які перебувають на ШВЛ:

1. контроль PaO_2 та PaCO_2 ,
2. аускультация легень,
3. призначення рентгенографії легень не рідше, ніж 1 раз на 3 доби – протягом першого тижня, далі за показами.
4. капнографія (EtCO_2 35-45 мм рт.ст.).

3.1.9. Респіраторна підтримка:

- Підтримка PaO_2 не менше 100 мм рт.ст. чи SpO_2 не менше 98% (використання ПТКВ, при потребі – використання підвищеного FiO_2);
- **За умови рефрактерної до інших засобів медикаментозної терапії ВЧГ** – проведення короткочасної помірної гіпервентиляції (PaCO_2 30-33 мм рт.ст.).

NB! Гіпервентиляція протипоказана у пацієнтів з ВМК, ускладненим розвитком вазоспазму та судомними нападами.

- Застосування аналгоседації для адаптації до ШВЛ (при необхідності).

III.2. Підтримання нормоволемії (контроль за добовим балансом рідини, ЦВТ, неінвазивні та малоінвазивні методи контролю центральної гемодинаміки).

III.3. Підтримання нормоглікемії (у хворих на цукровий діабет доцільно підтримувати незначну гіперглікемію до 8-8,5 ммоль/л).

NB! особливо слід уникати гіпоглікемії (рівень глюкози крові < 2,5 ммоль/л)

III.4. Повноцінне якісне харчування (при необхідності через назогастральний зонд) – 3000-3500 ккал на добу.

IV. ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ

1. Нейрохірургічні втручання при геморагічному інсульті

Положення протоколу

Переведенню у нейрохірургічне відділення підлягають пацієнти з наступними діагнозами:

- субарахноїдальний крововилив;
- внутрішньомозкові півкульні і мозочкові інсульт-гематоми, оболонкові гематоми і вентрикулярні крововиливи, які обумовлені патологічними змінами церебральних судин (аневризми, артеріо-венозні мальформації, кавернозні ангиоми, новоутворення)
- внутрішньомозкові інсульт-гематоми (півкульні, мозочкові), включаючи вентрикулярні крововиливи, при яких показане нейрохірургічне лікування

Обґрунтування

Хірургічні втручання при церебральних аневризмах і АВМ виконуються у нейрохірургічних відділеннях, оснащених відповідним сучасним діагностичним устаткуванням (АКТ або МРТ, цифрова субтракційна церебральна ангиографія, транскраніальна доплерографія), обладнанням для проведення мікрохірургічних операцій (операційний мікроскоп для нейрохірургічних втручань, мікрохірургічний інструментарій, ангиограф з конфігурацією для нейроінтервенційних втручань) і необхідними витратними виробами медичного призначення (кліпси, спіралі, катетерні системи, клейові емболізуючі композиції та ін.).

Першочергове значення у досягненні позитивних результатів при хірургічному або ендovasкулярному лікуванні даної патології має набуття достатнього рівня відповідної теоретичної і практичної підготовки спеціалістів.

Своєчасне проведення хірургічного виключення аневризм і АВМ з кровообігу дозволяє попередити повторні інтракраніальні геморагії і проводити активну інфузійну терапію, спрямовану на попередження артеріального спазму і його наслідків.

Протипокази для переведення пацієнтів у нейрохірургічне відділення:

1. Тяжкість стану за ШКГ 5 балів і менше.

2. Супутня хронічна соматична патологія з грубими порушенням вітальних функцій.
3. Термінальний стан хворого.

Види ургентних нейрохірургічних втручань при геморагічному інсульті

1. Видалення інсульт-гематом супра- та субтенторіальної локалізації при наявності дислокаційно-компресійного синдрому і ліквородинамічних порушень:

- при відсутності патології судин головного мозку в якості етіологічного чинника (аневризма, АВМ, кавернома) видалення гематоми півкуль головного мозку і мозочка;
- при наявності патології судин головного мозку в якості етіологічного чинника (аневризма, АВМ, кавернома) хірургічне лікування включає видалення гематоми і ліквідація причини геморагії (кліпування або ендovasкулярна емболізація аневризми, видалення АВМ або каверноми).

2. Зовнішнє дренування шлуночкової системи при розвитку ліквородинамічних порушень:

- інтравентрікулярний або паренхіматозно-вентрикулярний крововилив, за показами вентрикулярний фібриноліз;
- крововилив у стовбурові структури і мозочок;
- гостра артероблівна гідроцефалія після САК.

3. Виключення артеріальних аневризм в гострому періоді САК:

- мікрохірургічне (реконструктивне або деконструктивне);
- ендovasкулярне (реконструктивне або деконструктивне);
- комбіновані види лікування.

Планове видалення інсульт-гематом при наявності патології судин головного мозку (АВМ, кавернома) і ліквідація причини геморагії (видалення АВМ або каверноми)

- компенсований дислокаційний синдром і контрольована інтракраніальна гіпертензія;

Спостереження, медикаментозна, симптоматична терапія – інсульт-гематоми супра- та субтенторіальної локалізації, при яких не показане хірургічне лікування;

Виключення АВМ (після крововиливів при яких не показане ургентне втручання):

- мікрохірургічне;
- ендovasкулярне (суперселективна емболізація);
- радіохірургічне опромінення;
- комбіновані види лікування.

Хірургічне лікування ускладнень геморагічного інсульту (артеріальний вазоспазм, оклюзійна або артероблівна гідроцефалія)

- При розвитку симптомного сегментарного вазоспазму, резистентного до специфічних заходів інтенсивної терапії – ендovasкулярна операція балонної ангіопластики, при дифузній формі вазоспазму за подібних умов - селективна інтраартеріальна фармангіопластика.

- Наявність прогресуючої гідроцефалії (оклюзійної або арезорбтивної), резистентної до медикаментозної терапії і повторного виведення СМР потребує проведення клапанної лікворошунтуючої операції або ендоскопічної вентрікулоцистерностомії III-го шлуночка.

Профілактика розвитку повторного інсульту

Положення протоколу

1. Всі пацієнти, які перенесли інсульт, повинні отримати освітню інформацію про небезпеку розвитку повторного інсульту, ознаки та симптоми початку захворювання і заходи, які слід виконати при їх розвитку.
2. Провідну роль у вторинній профілактиці інсульту має корекція чинників ризику, які має пацієнт.
3. Медикаментозна профілактика та корекція виявлених факторів ризику, яка була розпочата відразу після судинної події, може знизити частоту розвитку повторного інсульту, інвалідизацію і смертність.
4. Якщо після нейрохірургічної операції аневризми або АВМ не повністю виключені з кровоциркуляції необхідно проведення повторних аналогічних або додаткових втручань для усунення ризику повторного геморагічного інсульту.

Обґрунтування

Пацієнти, які перенесли геморагічний інсульт у вигляді ВМК, мають високий ризик виникнення повторного інсульту, призначення медикаментозної, профілактики та корекція індивідуальних факторів ризику зменшує частоту розвитку рецидиву захворювання. Хворі, яким не вдалося хірургічним способом повністю усунути причину геморагічного інсульту, потребують нагляду нейрохірурга; за показами визначається послідовність і методика хірургічних втручань, спрямованих на радикальне виключення аневризми або АВМ. Навіть після повного виключення аневризми або АВМ ендovasкулярним методом та після повної облітерації АВМ радіохірургічним методом зберігається ризик рецидиву захворювання і, відповідно, ризик внутрішньочерепного крововиливу, що обумовлює необхідність спостереження нейрохірурга.

4.1.1. Немедикаментозні методи профілактики

1. Виявлення та корекція факторів ризику розвитку повторного інсульту.
2. Всі фактори ризику цереброваскулярних захворювань повинні корегуватися агресивно як фармакологічними, так і нефармакологічними заходами для забезпечення їх оптимального контролю.

Рекомендації щодо корекції інших факторів розвитку повторного інсульту

Обов'язкові:

1. Тютюнопаління

Тим пацієнтам, хто має звичку тютюнопаління, слід рекомендувати повну відмову.

2. Корекція гіперхолестеринемії та рівня глюкози

1. Рекомендувати дотримання засад здорового харчування і корекцію способу життя для підтримання рівня ЗХС $<5,0$ ммоль/л та холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) $<3,0$ ммоль/л.
2. Пацієнтам із групи високого та дуже високого ризику рекомендувати підтримувати рівень ЗХС $<4,5$ ммоль/л та ХС ЛПНЩ $<2,5$ ммоль/л.

3. Контроль маси тіла

1. Пацієнтам з надлишковою масою тіла рекомендувати дотримуватись здорового харчування, обмежити енергетичну цінність їжі, збільшити рівень фізичної активності.
2. Рекомендувати всім пацієнтам контролювати ІМТ та ОТ. Підтримувати ІМТ в межах 18,5 - 24,9 кг/м², ОТ ≤ 88 см (у жінок), ≤ 102 см (у чоловіків).

4. Фізична активність

1. Для пацієнтів, які перенесли інсульт та мають обмеження в пересуванні, безпечні фізичні навантаження визначаються в індивідуальній програмі реабілітації.

5. Лікування синдрому апное під час сну

Основні аспекти діагностики та лікування апное наведені у Додатку № 13.

Для корекції синдрому апное під час сну пацієнт повинен бути направлений до спеціалізованого центру.

6. Модифікація способу життя з метою запобігання негативного впливу психоемоційних факторів, надмірного виявлення як негативних, так і позитивних емоцій. Зміна відношення до стресорів, робота з психологом.

7. Нормалізація діяльності шлунково-кишкового тракту, запобігання та лікування закрепів.

4.1.2. Медикаментозні методи профілактики:

Необхідні дії лікаря

Контроль рівня глюкози

1. Контроль рівня глюкози повинен проводитися за допомогою дієти та підбору антидіабетичних засобів. Цільовий рівень гліколізованого гемоглобіну не повинен перевищувати 6,5%.

Контроль АТ

1. Рекомендований рівень АТ - не більше 140/80 мм рт.ст., а у пацієнтів з супутнім цукровим діабетом - не більше 130/80 мм рт.ст.
2. За наявності показів практично всім пацієнтам з ГІ до виписки з лікарні мають бути призначені антигіпертензивні засоби. При виборі антигіпертензивних засобів необхідно керуватися УКПМД «Артеріальна гіпертензія», затвердженого наказом МОЗ України від 24.05.2012 р. № 384 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії».

Призначення статинів

1. Пацієнтам, які мають високий та дуже високий ризик серцево-судинних захворювань та порушення обміну холестерину (ЗХС $>5,0$ ммоль/л та ХС ЛПНЩ $>3,0$ ммоль/л), яке не піддається немедикаментозній корекції, можливе призначення статинів за індивідуальним режимом для фармакологічної корекції гіперхолестеринемії.

4.1.3 Хірургічні методи профілактики повторного інсульту

Положення протоколу

На консультацію до судинного нейрохірурга обов'язково повинні бути направлені пацієнти, які мали в анамнезі геморагічний інсульт.

У разі виявлення при КТ/МРТ або при КТ/МРТ ангіографічному дослідженні змін, які мають ознаки аневризми, АВМ або каверноми, пацієнту обов'язково повинна бути призначена консультація нейрохірурга.

При амбулаторному обстеженні лікарі загальної практики або неврологи можуть спостерігати симптоми або виявляти з анамнезу дані, які можуть бути клінічним проявом церебро-васкулярного захворювання, що загрожує розвитком геморагічного інсульту. У випадку виявлення цих ознак доцільна консультація нейрохірурга із визначенням показів для проведення додаткових інструментальних досліджень (неінвазивні - МРТ, МРТ ангіографія, КТ ангіографія, інвазивне - цифрова субтракційна церебральна ангіографія). Найбільш часто можуть зустрічатись наступні симптоми:

1. Напад сильного головного болю в анамнезі, який за своєю виразністю не можна порівняти з ніякими іншими і який супроводжувався нудотою і блювотою, фоно- або фото-фобією, болем в шийно-потиличній області, можливо короткочасною втратою свідомості – клінічний прояв САК;
2. Транзиторні або стійкі окорухові порушення (артеріальні аневризми параклиноїдної локалізації, кавернозного синуса, вертебро-базиллярного басейну);
3. Пульсуючі шуми у голові (церебральні АВМ, дуральні АВМ);
4. Епілептиформний синдром (АВМ, кавернома).
5. Усі пацієнти, яким проведено оперативне лікування з приводу геморагічного інсульту, потребують постійного спостереження у невролога і продовження постійного медикаментозного контролю факторів ризику інсульту (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, гіперхолестеринемія та ін.).
6. Після хірургічного лікування артеріальних аневризм або АВМ головного мозку нейрохірург визначає терміни і вид інструментальних діагностичних заходів для контролю за можливим рецидивом захворювання, або для проведення повторних операцій при неповному виключенні з кровообігу джерела геморагії.

Виписка та рекомендації

Положення протоколу

1. Всім пацієнтам з інсультом, які виписуються із стаціонару, повинні бути надані індивідуальні рекомендації з питань профілактики розвитку повторного інсульту та реабілітації.

2. Після виписки пацієнти повинні знаходитися під постійним наглядом сімейного лікаря за місцем проживання, продовжувати виконувати настанови МДК та перебувати під диспансерним наглядом невролога.
3. Після хірургічного лікування хворий перебуває під наглядом нейрохірурга для контролю ефективності виключення джерела геморагічного інсульту, визначення термінів для проведення контрольних агіографічних досліджень і повторних операцій при неповному виключенні судинних уражень з кровоплину, а також для контролю за розвитком ліквородинамічних порушень для їх своєчасної корекції.

Обґрунтування

Планування виписки та надання індивідуальної програми реабілітації та профілактики повторного інсульту позитивно впливає на результати лікування та ефективність подальшої реабілітації пацієнта.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Оцінити ступінь незалежності пацієнта в повсякденному житті за модифікованою шкалою Ренкіна (**Додаток № 9**).
2. Надати пацієнту при виписці індивідуальний план (програма) заходів вторинної профілактики та корекції факторів ризику.
3. Надати пацієнту рекомендації щодо реабілітаційних заходів для виконання на вторинному амбулаторному рівні медичної допомоги.
4. Надати пацієнту після інсульту роздрукований «Інформаційний лист для пацієнта, який переніс інсульт» (**Додаток № 10**).
5. Залучити пацієнта та осіб, які його доглядають до участі в програмах немедикаментозної корекції факторів ризику розвитку інсульту (при їх наявності) – Школи здоров'я, Школа «Життя після інсульту», програми відмови від тютюнопаління, програми психологічної та фізичної реабілітації тощо.

Бажані:

1. Заповнити «**Карту пацієнта з гострим порушенням мозкового кровообігу**» (**Додаток №15**)

Медична реабілітація

Загальні положення

- I. Відновлення пацієнтів після перенесеного ГІ часто відбувається досить швидко, в перші кілька тижнів, але в деяких випадках процеси відновлення можуть тривати протягом багатьох місяців. Немає ніяких жорстких правил щодо того, коли закінчиться процес відновлення у кожного конкретного пацієнта.

- II. Прогноз ступеню відновлення пацієнтів після ГІ базується на віці, розмірах і локалізації ВМК, рівні свідомості при поступленні у лікарню та попередніх когнітивних порушеннях, які існували до розвитку захворювання.
- III. На швидкість відновлення впливають настрої, мотивація та соціальна підтримка пацієнта.
- IV. Половина всіх пацієнтів з ВМК, які вижили залишаються залежними у своїй повсякденній діяльності інвалідами.
- V. Враховуючи переконливі докази переваг добре організованої мультидисциплінарної стаціонарної допомоги на поліпшення виживання, відновлення і повернення додому, пацієнтів з ГІ необхідно реабілітувати в умовах інсультного центру.
- VI. Стаціонарні реабілітаційні програми необхідно продовжувати на амбулаторному рівні та впроваджувати в домашні програми реабілітації.
- VII. Ключова частина реабілітації повинна містити в собі освіту для пацієнтів та осіб що за ними доглядають, щодо вторинної профілактики інсульту та засобів досягнення мети реабілітації.
- VIII. Конфігурація обсягу реабілітаційних програм в окремому регіоні буде залежати від наявних ресурсів і фінансових можливостей місцевих ЗОЗ.

Положення протоколу

1. Реабілітація пацієнтів, що перенесли ГІ повинна розпочатися якомога раніше, але лише після того як буде виключена необхідність нейрохірургічного втручання, або після того, як внаслідок виконаної нейрохірургічної операції було усунуто джерело внутрішньочерепного крововиливу.

2. **Відносними протипоказами до мобілізації пацієнта з геморагічним інсультом визначені наступні:**

Нестабільний стан серцевої діяльності або функції інших органів.
 Систолічний тиск < 110 мм рт.ст. або >220 мм рт.ст.
 Сатурація кисню < 92%
 ЧСС в спокої < 40 або > 110 уд. за хв.
 Температура тіла > 38,5°C

3. Реабілітація пацієнтів після інсульту проводиться фахівцями МДК, яка має складатися з лікаря, медсестри, лікаря ЛФК, фахівця фізичної реабілітації (кінезотерапевта, ерготерапевта), логопеда, психолога, пацієнта, членів його сім'ї або осіб, які доглядають за пацієнтом.

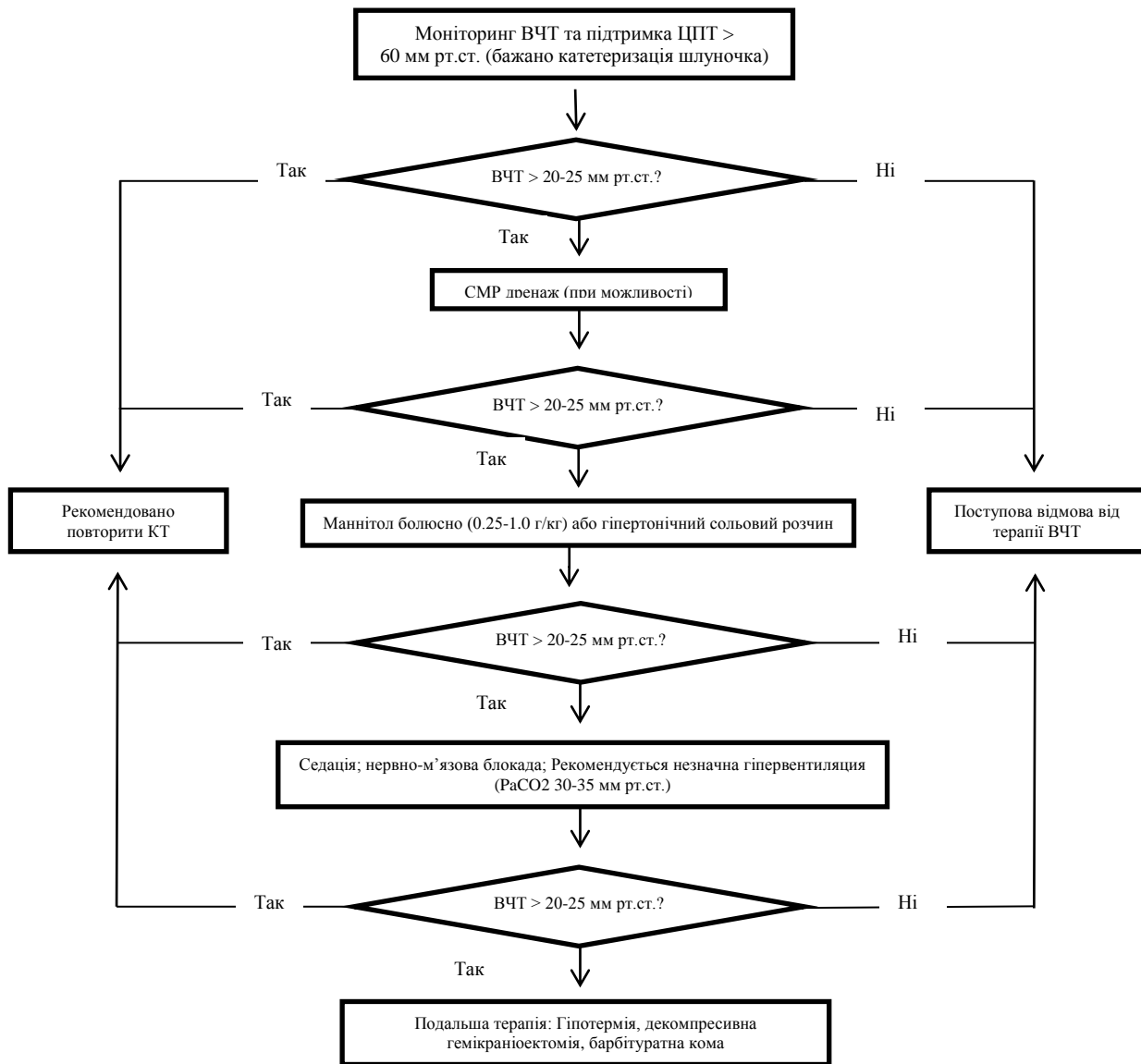
4. МДК повинна розробити всебічний індивідуальний реабілітаційний план з урахуванням тяжкості інсульту та потреб і завдань пацієнта, використовуючи стандартизовані, валідні шкали для оцінки функціонального статусу і післяінсультних порушень.

5. Пацієнти повинні бути мобілізовані якомога раніше і якомога частіше, переважно впродовж 24 годин від початку інсульту, якщо немає протипоказань.

*Принципи мультидисциплінарної реабілітації пацієнтів з інсультом
представлені в УКПМД «ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ»
(екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога,
медична реабілітація)
(електронний режим доступу
http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120803_602.html)*

IV. Опис етапів медичної допомоги

Алгоритм корекції внутрішньочерепної гіпертензії



ЦПТ - церебральний перфузійний тиск; СМР - спинномозкова рідина

V. Ресурсне забезпечення виконання протоколу

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних клінічних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) (далі – ЛКПМД (КМП)) має перевірятися реєстрація в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до ЛКПМД (КМП)

1. Вимоги для закладів, які надають первинну медичну допомогу

1.1. Кадрові ресурси

Лікар загальної практики – сімейний лікар, який має відповідний сертифікат та пройшов післядипломну підготовку в дворічній інтернатурі або на 6-місячному циклі спеціалізації; медична сестра загальної практики.

1.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення

Апарат для штучної вентиляції легень ручний, електрокардіограф багатоканальний, пульсоксиметр, тонометр з набором манжет для вимірювання артеріального тиску на руках, ногах та дитячих манжет, фонендоскоп/стет фонендоскоп, ваги медичні, ростомір, язикотримач та інше відповідно до табеля оснащення.

Лікарські засоби

1. **Альфа-адреноблокатори:** урапідил;
2. **Бета-адреноблокатори:** есмолол, метопролол, лабеталол;
3. **Інгібітори ангіотензинперетворюючого фермента:** еналаприл;
4. **Кровозамінники та перфузійні розчини:** глюкоза, натрію хлорид, магнію сульфат;
5. **Анксиолітики:** діазепам;

2. Вимоги для закладів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу

2.1 Кадрові ресурси

Лікар-невролог, нейрорадіолог, анестезіолог, нейрохірург, кардіолог, логопед, фахівець з фізичної реабілітації, медичний психолог, соціальний працівник. Штатний розклад відділень, які надають допомогу при інсульті має бути мультидисциплінарним.

2.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення

КТ або МРТ, які працюють в цілодобовому режимі, апарат штучної вентиляції легень, монітор для постійного моніторингу життєвих показників, портативні апарати для вимірювання рівня глюкози крові, температури тіла, електрокардіограф багатоканальний, ліжко функціональне, аналізатор агрегації

тромбоцитів, аналізатор біохімічний автоматичний селективний, аналізатор гемокоагуляції, мікроскоп біологічний біокулярний з імерсією, спис-скарифікатор одноразового використання, та інше відповідно до табеля оснащення. Обладнання для проведення агіографічної діагностики, нейрохірургічних операцій (мікрохірургічних та ендovasкулярних).

Лікарські засоби

1. **Альфа-адреноблокатори:** урапідил;
2. **Бета-адреноблокатори:** есмолол, метопролол, лабеталол
3. **Інгібітори ангіотензинперетворюючого фермента:** еналаприл;
4. **Блокатори кальцієвих каналів:** німодипін, ніфедипін
5. **Адреноміметичні лікарські засоби:** допамін, норепінефрин
6. **Адренергічні та допамінергічні препарати:** фенілефрин;
7. **Лікарські засоби, що впливають на згортання крові та функцію тромбоцитів:** гепарин, варфарин, ацетилсаліцилова кислота;
8. **Діуретики:** манітол, індапамід, фуросемід;
9. **Кровозамінники та перфузійні розчини:** натрію хлорид, глюкоза, альбумін, гідроксиетильований крохмаль, сорбітол + натрію лактат + натрію хлорид + кальцію хлорид;
10. **Засоби загальної анестезії:** тіопентал натрію, пропофол, севофлуран, натрію оксибутират;
11. **Снодійні та седативні засоби:** дексмедетомідин;
12. **Анальгетичні засоби:** фентаніл, парацетамол, метамізол натрію,
13. **Міорелаксанти з периферичним механізмом дії:** рокуронію бромід, піпекуронію бромід, суксаметоній;
14. **Гемостатичні засоби:** менадіон, фітоменадіон;
15. **Антиінгібіторний коагулянтний комплекс:** концентрат протромбінового комплексу;
16. **Продукти донорської крові (які можуть виготовлятися в закладах служби крові):** плазма свіжозаморожена;

VI. Індикатори якості медичної допомоги

Спеціалізований стаціонар - відділення інтенсивної терапії, відділення екстреної медичної допомоги, спеціалізовані інсультні відділення багатoproфільних лікарняних закладів (номенклатура згідно наказу МОЗ від 28 жовтня 2002 року № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я»), багатoproфільні лікарні (клінічні лікарні) інтенсивного лікування (номенклатура згідно наказу МОЗ від 05 жовтня 2011 року № 646 «Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»»)

Форма 003/о - Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування»

Форма 025/о - Медична карта амбулаторного хворого (Форма 025/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування»

Форма 027/о - Виписка із медичної карти стаціонарного хворого (форма 027/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування»

Форма 030/о - Контрольна карта диспансерного нагляду (Форма 030/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування»

6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

6.1.1. Наявність у лікаря загальної практики - сімейного лікаря локального протоколу ведення пацієнта з гострим порушенням мозкового кровообігу.

6.1.2. Відсоток пацієнтів, щодо яких лікарем загальної практики - сімейним лікарем отримано інформацію про медичний стан впродовж звітнього періоду.

6.1.3. Відсоток пацієнтів, у яких не було повторного інсульту впродовж одного року.

6.1.4. Відсоток пацієнтів, які отримали медичну допомогу в спеціалізованому стаціонарі впродовж звітнього періоду.

6.1.5. Відсоток пацієнтів, які були доставлені до спеціалізованого стаціонару не пізніше ніж через 4,5 години з моменту появи симптомів інсульту.

6.1.6. Наявність в спеціалізованому стаціонарі локального протоколу надання медичної допомоги пацієнту з підозрою на гостре порушення мозкового кровообігу в «період вікна терапевтичних можливостей» на догоспітальному і стаціонарному етапах медичної допомоги в даному ЗОЗ.

6.1.7. Відсоток пацієнтів спеціалізованого стаціонару, яким було проведене нейровізуальне дослідження головного мозку (КТ/МРТ) у визначений проміжок часу з моменту появи симптомів інсульту (до 4 годин та 4-24 годин).

6.1.8. Відсоток пацієнтів спеціалізованого стаціонару, яким було проведено оцінку функції ковтання в період до 24 годин з моменту госпіталізації.

6.1.9. Відсоток пацієнтів спеціалізованого стаціонару з геморагічним інсультом, проконсультованих нейрохірургом протягом 24 і 48 годин з моменту нейровізуалізації.

6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

6.2.1.А) Наявність у лікаря загальної практики - сімейного лікаря локального протоколу ведення пацієнта з гострим порушенням мозкового кровообігу

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт (внутрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив)».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2014 рік – 70%

2015 рік – 90%

2016 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики - сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

ґ) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної

медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих в районі обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнта з гострим порушенням мозкового кровообігу (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікарем загальної практики - сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.2.А) Відсоток пацієнтів, щодо яких лікарем загальної практики - сімейним лікарем отримано інформацію про медичний стан впродовж звітного періоду

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт (внутрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив)».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

При аналізі індикатора слід враховувати неприпустимість формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих пацієнтів, для яких не проводилося медичного огляду лікарем загальної практики - сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги) впродовж звітного періоду. В первинній медичній документації мають бути задокументовані факти медичного огляду пацієнта, а також наявність або відсутність рецидивів захворювання.

Пацієнти, для яких такі записи в медичній документації відсутні, не включаються до чисельника індикатора, навіть у випадку, якщо лікар загальної практики - сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги) має достовірну інформацію про те, що пацієнт живий та перебуває на території обслуговування (за відсутності даних медичного огляду).

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: лікар загальної практики - сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги); структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані про кількість пацієнтів надаються лікарями загальної практики - сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної

медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольній карті диспансерного нагляду (форма 030/0) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем загальної практики - сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги) шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольних карт диспансерного нагляду (форма 030/0).

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження від всіх лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих в регіоні обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів лікаря загальної практики - сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини), які перенесли інсульт, а також тих з них, для яких наведена інформація про медичний стан пацієнта впродовж звітного періоду. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря загальної практики - сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), які перенесли інсульт.

Джерелом інформації є:

Форма 025/0;

Форма 030/0.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів лікаря загальної практики - сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), які перенесли інсульт, для яких наявні записи про медичний огляд впродовж звітного періоду та наведена інформація про медичний стан пацієнта із зазначенням відсутності або наявності рецидивів захворювання.

Джерелом інформації є:

Форма 025/0, вкладний листок № 2 «Щорічний епікриз на диспансерного хворого»;

Форма 030/0, пункт «7. Контроль відвідувань».

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.3.А) Відсоток пацієнтів, у яких не було повторного інсульту впродовж одного року

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт (внутрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив)».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

При аналізі індикатора слід враховувати неприпустимість формального та необгрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих пацієнтів, для яких не проводилося медичного огляду лікарем загальної практики - сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги) після спливання повного року з моменту геморагічного інсульту. В первинній медичній документації мають бути задокументовані факти медичного огляду пацієнта, а також наявність або відсутність повторних проявів (рецидивів) захворювання.

Пацієнти, для яких такі записи в медичній документації відсутні, не включаються до чисельника індикатора, навіть у випадку, якщо лікар загальної практики - сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги) має достовірну інформацію про те, що пацієнт живий та перебуває на території обслуговування (за відсутності даних медичного огляду).

Інтерпретація значень індикатора залежить від повноти отримання лікарем загальної практики - сімейним лікарем інформації про медичний стан пацієнтів, які перенесли геморагічний інсульт. Якщо така інформація наявна не для всіх пацієнтів, аналіз та інтерпретація даного індикатора не має сенсу.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: лікар загальної практики - сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги), структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані про кількість пацієнтів надаються лікарями загальної практики - сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими в районі обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольній карті диспансерного нагляду (форма 030/0) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем загальної практики - сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги) шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольних карт диспансерного нагляду (форма 030/0).

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження від всіх лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих в регіоні обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів лікаря загальної практики - сімейного

лікаря (амбулаторії сімейної медицини), з діагнозом «Геморагічний інсульт», а також тих з них, для яких наведена інформація про медичний стан пацієнта впродовж звітного періоду.

Між датою, що позначає кінець звітного періоду (проміжок часу, за який обчислюється індикатор), та датою обчислення індикатора має пройти не менш ніж 1 повний рік.

Пацієнти, для яких відсутні дані медичного огляду з датою більш ніж через 1 рік після виникнення геморагічного інсульту, не включаються до чисельника та знаменника індикатора.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, яким було встановлено діагноз «Геморагічний інсульт» впродовж звітного періоду. Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів лікаря загальної практики - сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), з діагнозом «Геморагічний інсульт», встановленим впродовж звітного періоду, для яких наявні записи про медичний огляд з датою, не меншою ніж через рік з моменту виникнення геморагічного інсульту, та наведена інформація про медичний стан пацієнта із зазначенням відсутності повторних захворювань (рецидивів захворювання).

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о), вкладний листок № 2 "Щорічний епікриз на диспансерного хворого");

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о) (пункт "7. Контроль відвідувань").

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.4.А) Відсоток пацієнтів, які отримали медичну допомогу в спеціалізованому стаціонарі впродовж звітного періоду

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт (внутрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив)».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Інформація про рекомендацію лікаря загальної практики - сімейного лікаря щодо необхідності направлення пацієнта до спеціалізованого стаціонару є недостатньою для включення такого пацієнта до чисельника індикатора. Має бути отримане підтвердження факту, що пацієнт дійсно потрапив до спеціалізованого стаціонару та пройшов там лікування.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: лікар загальної практики - сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги), структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики - сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими в районі обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольній карті диспансерного нагляду (форма 030/о) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем загальної практики - сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги) шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольних карт диспансерного нагляду (форма 030/о).

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження від всіх лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих в регіоні обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів лікаря загальної практики - сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини), яким було встановлено стан «Геморагічний інсульт», а також тих з них, для яких наведена інформація про лікування пацієнта в спеціалізованому стаціонарі впродовж звітного періоду. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають на обліку у лікаря загальної практики - сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги) та яким було встановлено стан «Геморагічний інсульт» впродовж звітного періоду.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають на обліку у лікаря загальної практики - сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), яким було встановлено стан «Геморагічний інсульт» впродовж звітного періоду, для яких наявні записи про лікування у спеціалізованому стаціонарі.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о);

Виписка із медичної карти стаціонарного хворого (форма 027/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.5.А) Відсоток пацієнтів, які були доставлені до спеціалізованого стаціонару не пізніше ніж через 4,5 години з моменту появи симптомів інсульту

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт (внутрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив)».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

При аналізі індикатора слід враховувати неприпустимість формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих пацієнтів, для яких відсутня достовірна інформація про час виникнення симптомів інсульту та момент доставки пацієнта до закладу охорони здоров'я.

Оцінюване значення 4,5 години відповідає "терапевтичному вікну" для можливого отримання пацієнтами найбільш ефективного лікування.

Індикатор є чутливим до якості первинної медичної документації. Необхідно документувати випадки відсутності інформації про час виникнення симптомів інсульту та момент доставки пацієнта до закладу охорони здоров'я для виправлення ситуації.

Обчислення та аналіз індикатора на рівні популяції (структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій) доцільно вести на основі інформації, отриманої з первинного рівня медичної допомоги (лікар загальної практики - сімейний лікар; амбулаторія сімейної медицини; центр первинної медико-санітарної допомоги) та включати до знаменника індикатора всіх пацієнтів, яким було встановлено стан «Геморагічний інсульт» впродовж звітного періоду, в тому числі тих, які не потрапили до спеціалізованого стаціонару.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: заклад охорони здоров'я (спеціалізований стаціонар); лікар загальної практики - сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги); структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики - сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), спеціалізованими стаціонарами, розташованими в районі обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольній карті диспансерного нагляду (форма 030/о) (первинна медична допомога), або Медичній карті стаціонарного хворого (форма 003/о) (вторинна медична допомога) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем загальної практики - сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги) шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/о).

Індикатор обчислюється закладом охорони здоров'я, що надає вторинну медичну допомогу, шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт стаціонарного хворого (форма 030/о).

Для можливості обчислення індикатора первинна медична документація обов'язково має містити максимально детальну інформацію про час виникнення перших симптомів інсульту, та момент доставки пацієнта до спеціалізованого стаціонару.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Первинна медична допомога: Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають на обліку у лікаря загальної практики - сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги) та яким було встановлено стан «Геморагічний інсульт» впродовж звітного періоду.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о).

Вторинна медична допомога: Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які були доставлені до закладу охорони здоров'я з геморагічним інсультом впродовж звітного періоду.

Джерелом інформації є:

Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які були доставлені до закладу охорони здоров'я з геморагічним інсультом впродовж звітного періоду, для яких в первинній медичній документації наявний запис про доставку пацієнта до Приймального відділення спеціалізованого закладу охорони здоров'я не пізніше ніж через 4,5 години з моменту виникнення симптомів інсульту.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о);

Виписка із медичної карти стаціонарного хворого (форма 027/о);

Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.6.А) Наявність в спеціалізованому стаціонарі локального протоколу надання медичної допомоги пацієнту з підозрою на гостре порушення мозкового кровообігу в «період вікна терапевтичних можливостей» на догоспітальному і стаціонарному етапах медичної допомоги в даному ЗОЗ

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт (внутрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив)».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2014 рік – 70%

2015 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються спеціалізованими стаціонарами, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх спеціалізованих стаціонарів, які надають допомогу пацієнтам з геморагічним інсультом, зареєстрованих в районі обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість спеціалізованих стаціонарів, які надають допомогу пацієнтам з геморагічним інсультом (відділення інтенсивної терапії, відділення екстреної медичної допомоги, спеціалізовані інсультні відділення багатопрофільних лікарняних закладів, зареєстрованих в районі обслуговування).

Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість спеціалізованих стаціонарів, які надають допомогу пацієнтам з геморагічним інсультом, зареєстрованих в районі обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість спеціалізованих стаціонарів, які надають допомогу пацієнтам з геморагічним інсультом, зареєстрованих в районі обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу медичної допомоги пацієнтам з підозрою на геморагічний інсульт в межах вікна терапевтичних можливостей (наданий екземпляр ЛПМД, затверджений наказом Головного лікаря ЗОЗ).

Джерелом інформації є ЛПМД, наданий спеціалізованим стаціонаром, який надає допомогу пацієнтам з геморагічним інсультом.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.7.А) Відсоток пацієнтів спеціалізованого стаціонару, яким було проведено нейровізуальне дослідження головного мозку (КТ/МРТ) у визначений проміжок часу з моменту появи симптомів інсульту (до 4 годин, та 4-24 годин)

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт (внутрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив)».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Аналіз індикатора дозволить виявити проблеми, пов'язані з кваліфікованою діагностикою геморагічного інсульту.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: спеціалізовані стаціонари; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються спеціалізованими стаціонарами, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті стаціонарного хворого (форма 003/о) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх спеціалізованих стаціонарів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника на наводиться у відсотках.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів спеціалізованого стаціонару з діагнозом «Геморагічний інсульт».

Джерелом інформації є Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, яким було проведено нейровізуальне дослідження головного мозку (КТ/МРТ) у визначений проміжок часу з моменту появи симптомів інсульту (до 4 годин, та 4-24 годин). Джерелом інформації є:

Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.8.А) Відсоток пацієнтів спеціалізованого стаціонару, яким було проведено оцінку функції ковтання в період до 24 годин з моменту госпіталізації

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт (внутрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив)».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Аналіз індикатора дозволить виявити проблеми, пов'язані з кваліфікованою діагностикою геморагічного інсульту.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: спеціалізовані стаціонари; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються спеціалізованими стаціонарами, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті стаціонарного хворого (форма 003/о) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх спеціалізованих стаціонарів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника на наводиться у відсотках.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів спеціалізованого стаціонару з діагнозом «Геморагічний інсульт».

Джерелом інформації є Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, яким було проведено оцінку функції ковтання в період до 24 годин з моменту госпіталізації. Джерелом інформації є:

Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.9.А) Відсоток пацієнтів спеціалізованого стаціонару з геморагічним інсультом, проконсультованих нейрохірургом протягом 24 і 48 годин з моменту нейровізуалізації

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт (внутрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив)».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Аналіз індикатора в розрізі періоду часу між проведенням КТ/МРТ та консультацією нейрохірурга дозволить виявити проблеми, пов'язані з забезпеченням доступності процедури консультації профільних спеціалістів в ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з геморагічним інсультом.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: спеціалізовані стаціонари; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються спеціалізованими стаціонарами, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті стаціонарного хворого (форма 003/о) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх спеціалізованих стаціонарів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника на наводиться у відсотках.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів спеціалізованого стаціонару з діагнозом «Геморагічний інсульт», яким було проведене під час перебування у стаціонарі нейровізуальне дослідження головного мозку (КТ/МРТ).

Джерелом інформації є Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, проконсультованих нейрохірургом протягом 24 і 48 годин з моменту нейровізуалізації. Джерелом інформації є:

Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

**Директор Департаменту реформ та розвитку
медичної допомоги МОЗ України**

Хобзей М.К.

VII. Перелік літературних джерел, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Геморагічний інсульт. Аневризмальний субарахноїдальний крововилив»
2. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Геморагічний інсульт. Спонтанний внутрішньомозковий крововилив»
3. Закон України від 05.07.2012 № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу»
4. Наказ МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»
5. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування»
6. Наказ МОЗ України від 28.10.2002 № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», зареєстрований Міністерством юстиції за № 892/7180 від 12.11.2002 р.
7. Наказ МОЗ України від 5.10.2011 № 646 «Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві", зареєстрований Міністерством юстиції за № 1414/20152 від 07.12.2011 р.
8. Наказ МОЗ України від 29.03.2013 № 251 «Про затвердження п'ятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності»
9. Наказ МОЗ України від 02.03.2011 № 127 «Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень»
10. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 734 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування»
11. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 735 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування»
12. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 739 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру»
13. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України»
14. Наказ МОЗ України від 24.05.2012 № 384 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії»

15. Наказ МОЗ України від 03.08.2012 № 602 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті»

VIII. Додатки до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги

- 1 Додаток № 1 Алгоритм прийому виклику диспетчером ШМД при підозрі на ГПМК
- 2 Додаток № 2 Оцінка життєвих функцій організму – дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE
- 3 Додаток № 3 Шкала ком Глазго
- 4 Додаток № 4 Шкала FAST (обличчя-рука-мова) для догоспітальної діагностики інсульту
- 5 Додаток № 5 Шкала тяжкості інсульту Національних інститутів здоров'я США (з вказівками)
- 6 Додаток № 6 Шкала тяжкості інсульту Національних інститутів здоров'я США (форма для історії хвороби)
- 7 Додаток № 7 Скринінг на порушення ковтання.
- 8 Додаток № 8 Шкала Ханта-Хесса для оцінки стану пацієнта з субарахноїдальним крововиливом
- 9 Додаток № 9 Модифікована Шкала Ренкіна (Modified Rankin Scale – mRS)
- 10 Додаток № 10 Інформаційний лист для пацієнта.
- 11 Додаток № 11 Індекс активності у повсякденному житті (шкала БАРТЕЛ)
- 12 Додаток № 12 Шкала оцінки болю
- 13 Додаток № 13 Діагностика та лікування апное під час сну
- 14 Додаток № 14 Література до розділу 1.8 Епідеміологічна інформація
- 15 Додаток № 15 Карта пацієнта з гострим порушенням мозкового кровообігу

Додаток № 1

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

ОЦІНКА СТАНУ ПАЦІЄНТА - ЗА АЛГОРИТМОМ ABCDE**1. А - прохідність дихальних шляхів (Airway)**

1.1. Визначте симптоми непрохідності дихальних шляхів: виникнення парадоксального дихання та участь у диханні додаткових дихальних м'язів; центральний ціаноз є пізнім симптомом непрохідності дихальних шляхів; у пацієнтів, які знаходяться у критичному стані порушення свідомості часто спричиняє порушення прохідності дихальних шляхів (западання язика, м'якого піднебіння).

1.2. Кисень у високій концентрації: за допомогою маски з резервуаром; переконайтесь, що подача кисню достатня (> 10 л/хв).

2. В - дихання (Breathing)

Під час оцінки дихання важливо визначити та лікувати стани, які є безпосередньою загрозою для життя - важкий напад астми, набряк легень, напружений пневмоторакс, гемоторакс.

2.1. Визначте симптоми, які можуть свідчити про порушення дихання: надмірна пітливість, центральний ціаноз, робота додаткових м'язів або черевний тип дихання.

2.2. Визначте ЧД - в нормі це 12-20 вдихів за хв.

2.3. Оцініть спосіб дихання, глибину вдихів та перевірте, чи рухи грудної клітки симетричні.

2.4. Зверніть увагу на надмірне наповнення шийних вен (наприклад, при важкій астмі або напруженому пневмотораксі), наявність та прохідність плеврального дренажу та інше.

2.5. Проведіть аускультацию та перкусію легень.

2.6. Визначте положення трахеї - її зміщення може свідчити про напружений пневмоторакс, фіброз легень або рідину у плевральній порожнині.

3. С - кровообіг (Circulation)

3.1. Оцініть колір шкіри на відкритих частинах (кисті): синя, рожева, бліда або мармурова.

3.2. Оцініть температуру кінцівок: холодна чи тепла.

3.3. Оцініть капілярне наповнення - в нормі до 2 сек. Збільшене капілярне наповнення може вказувати на знижену периферійну перфузію.

3.4. Оцініть наповнення вен - можуть бути помірно наповнені або запалі при гіповолемії.

3.5. Визначіть ЧСС. Знайдіть периферійний пульс та пульс на великій артерії, оцініть його наявність, частоту, якість, регулярність та симетричність.

3.6. Поміряйте артеріальний тиск.

3.7. Вислухайте тони серця.

3.8. Зверніть увагу на інші симптоми, які свідчили б про зниження викиду серця, такі як порушення свідомості, олігоурія (об'єм сечі < 0,5 мл/кг/год.).

4. D - порушення стану свідомості (Disability)

До частих причин порушень, стану свідомості належать важка гіпоксія, гіперкапнія, ішемія мозку або застосування заспокійливих ліків чи анальгетиків.

- 4.1. Оцініть зіниці (діаметр, симетричність та реакцію на світло).
- 4.2. Швидко оцініть стан свідомості пацієнта за шкалою AVPU: Alert (орієнтується), Vocal (реагує на голос), Pain (реагує на біль), Unresponsive (не реагує на жодні подразники). Можна застосувати **також** шкалу Глазго (Glasgow Coma Scale).
- 4.3. Визначте рівень глюкози, щоб виключити гіпоглікемію. Якщо рівень глюкози нижче ніж 3 ммоль/л, забезпечте в/в 50 мл 20% розчину глюкози.

5. Е - додаткова інформація (Exposure)

- 5.1. Зберіть детальний анамнез у пацієнта, його рідних, друзів.
- 5.2. Ознайомтесь з документацією пацієнта: перевірте показники життєвих параметрів, та їх зміни у динаміці, перевірте, які ліки пацієнтові приписані і які він приймає.

Додаток № 2

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

Алгоритм прийому виклику диспетчером оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф при підозрі на ГПМК

1. Питання, які повинен задати диспетчер людині, яка телефонує:

- 1) Вік хворого
- 2) Чи може людина підняти одночасно 2 руки: так ні
- 3) Чи є у людини порушення мовлення: так ні
- 4) Час виникнення перерахованих вище симптомів

2. Поради диспетчера абоненту:

1. Створіть пацієнту спокійну обстановку.
2. Не давайте пацієнту їсти та пити.
3. Знайдіть лікарські засоби, які приймає пацієнт та приготуйте їх до прибуття (швидкої) екстреної медичної допомоги.
4. Не залишайте пацієнта без нагляду.

Додаток № 3

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

Шкала коми Глазго (Glasgow Coma Scale - GCS)

Активність		Оцінка
Відкривання очей		
Відсутнє	Навіть при натисканні на верхній край орбіти	1
У відповідь на біль	Біль при натисканні на груди́ну, кінцівку, верхній край орбіти	2
У відповідь на мову	Неспецифічна відповідь, не обов'язково на команду	3
Спонтанне	Очі відкриті, але хворий не обов'язково в свідомості	4
Рухова відповідь*		
Відсутня	На будь-який біль; кінцівки залишаються атонічними	1
Розгинальна відповідь	Приведення плеча, внутрішня ротація плеча та передпліччя	2
Згинальна відповідь	Реакція відсмикування або припущення про геміплегічну позу	3
Відсмикування	Відсмикування руки як спроба уникнути больового подразнення, відведення плеча	4
Локалізація болю	Рух рукою, спрямований на усунення тиснення на груди́ну або верхній край орбіти	5
Виконання команд	Виконання простих команд	6
Мовна відповідь**		
Відсутня	Відсутність будь-якої вербалізації	1
Нечленороздільна відповідь	Стогін, нечленороздільні звуки	2
Недоречна відповідь	Відповідь зрозуміла, але недоречна, відсутність зв'язаних речень	3
Сплутаність мови	Підтримує розмову, однак відповідь сплутана, дезорієнтована	4
Орієнтована відповідь	Підтримує розмову, адекватна відповідь	5
		Всього (3-15):

Примітка::

* Слід мати на увазі, що реалізації рухових реакцій може заважати наявність плегії або парезу з однієї чи обох сторін.

** При відсутності мови, «мовній нісенітниці» або невиконанні інструкцій при явно достатньому рівні притомності, слід мати на увазі можливість афатичних порушень.

Відповідність рівня свідомості і сумарної оцінки по шкалі ком Глазго

Ясна свідомість	15
Оглушення	13-14
Сопор	9-12
Кома	4-8
Смерть мозку	3

Джерело: Teasdale G, Jennett B. "Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale." The Lancet, 1974; 2 (7872): 81-4.

Додаток № 4
до уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

Шкала FAST (обличчя - рука - мова) для догоспітальної діагностики інсульту

УВАГА на виконання тесту відводиться до 7 хвилин!

1. порушення мови	<input type="checkbox"/> так	Необхідно виявити ознаки порушення мовлення, що виникли вперше (спитати про настання таких порушень вперше у оточуючих або родичів, відмітити нерозбірливість мовлення, труднощі в розумінні мови пацієнтом, виконанні простих команд та назві знайомих предметів чи повторенні речення).
	<input type="checkbox"/> ні	
2. Парез мимічної мускулатури	<input type="checkbox"/> так	Необхідно виявити асиметрію обличчя, яка виникла вперше, в спокої та при виконанні команди посміхнутися чи показати вищирені зуби.
	<input type="checkbox"/> ні	
Уражена сторона обличчя	<input type="checkbox"/> ліва <input type="checkbox"/> права	Відмітьте сторону ураження (сторона де виражений парез мускулатури).
3. Слабкість в руці	<input type="checkbox"/> так	Підніміть обидві руки пацієнта до кута 90° якщо пацієнт сидить, і на 45°, якщо пацієнт лежить.
Уражена рука	<input type="checkbox"/> ні	Утримуйте їх 5 сек. в такому положенні, а потім одночасно відпустіть. Відмітьте «так» у випадку, якщо одна із двох рук опустилася. Відмітьте сторону ураження - ту де рука опустилася швидше.
	<input type="checkbox"/> ліва	
	<input type="checkbox"/> права	
Висновок:		

Додаток № 5

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

Шкала тяжкості інсульту Національних інститутів здоров'я США (NIHSS) з вказівками

ВКАЗІВКИ
<ul style="list-style-type: none"> • Оцінюйте всі розділи шкали інсульту в поданому порядку і відразу записуйте оцінку в кожному розділі. • Не повертайтеся до попередніх розділів і не змінюйте оцінок. • Дотримуйтеся вказівок щодо кожного огляду. Оцінки мають відображати те, що хворий насправді зробив, а не те, що, на вашу думку, він може зробити. • Записуйте оцінки під час огляду та працюйте швидко. • Окрім зазначених випадків, не навчайте хворого (зокрема не наполягайте, щоб він докладав якомога більше зусиль).
ОЦІНЮВАННЯ
<p>1А. РІВЕНЬ СВІДОМОСТІ</p> <p>Якщо такі фізичні перешкоди, як інтубація трахеї, мовний бар'єр, пошкодження/пов'язка на обличчі чи трахеї унеможливають повне оцінювання, оцінюйте на власний розсуд. Оцінку «3» слід обирати тільки у випадку, коли хворий не реагує рухами (крім рефлекторних) на больові подразники.</p> <p>Шкала: її визначення (пояснення)</p> <p>0: притомний, реагує швидко.</p> <p>1: оглушення, сонливий але можливо опритомнити легкими подразниками, і тоді виконує накази, відповідає, реагує.</p> <p>2: напівпритомний, реагує повільно, потребує повторної стимуляції до участі, оглушений і потрібні сильні чи больові подразники, щоб викликати рухи (не шаблонні).</p> <p>3: непритомний (кома), реагує тільки рефлекторними рухами чи вегетативними проявами або зовсім не реагує, має низький тонус м'язів, рефлекси відсутні.</p> <p>ОЦІНКА: _____</p>
<p>1Б. РІВЕНЬ СВІДОМОСТІ: ЗАПИТАННЯ</p> <p>Запитайте хворого, який зараз іде місяць та скільки йому років. Відповідь має бути точною – не давайте частину балів за приблизну відповідь. Хворі з афазією або значним порушенням свідомості, які не розуміють запитання, отримують оцінку «2». Хворі, які не можуть говорити через інтубацію трахеї, пошкодження/пов'язку на обличчі чи трахеї, тяжку дизартрію (з будь-якої причини), мовний бар'єр чи іншу проблему, яка не спричинена афазією, отримують «1». Важливо оцінювати тільки першу відповідь і не допомагати хворому будь-якими словами чи діями.</p> <p>Шкала: її визначення</p> <p>0: правильно відповів на обидва запитання.</p> <p>1: правильно відповів на одне запитання.</p> <p>2: не дав жодної правильної відповіді.</p> <p>ОЦІНКА: _____</p>

1В. РІВЕНЬ СВІДОМОСТІ: КОМАНДИ

Попросіть хворого розплющити й заплющити очі та стиснути в кулак і розігнути пальці менш ураженої руки. Якщо пальці використати неможливо, віддайте інший наказ, що передбачає одну дію. Коли спроба була чіткою, але її не завершено через слабкість м'язів, бал за неї нараховується. Якщо хворий не розуміє словесний наказ, покажіть завдання (мовою жестів) і оцініть відповідь (не виконав жодної, виконав обидві чи одну з команд). Хворому з фізичними ушкодженнями, ампутацією руки чи іншими вадами віддайте інший простий одно-дійний наказ. Оцінюйте тільки першу спробу

Шкала: її визначення

0: правильно виконав **обидві команди**.

1: правильно виконав **одну команду**.

2: не виконав **жодної з команд**.

ОЦІНКА: _____

2. РУХИ ОЧЕЙ

Оцінюйте лише горизонтальні рухи очей. Виставляйте оцінку за довільні або рефлекторні (окулоцефальний рефлекс) рухи очей, без калоричних проб. Якщо очні яблука хворого парно відхилені вбік, але при довільних чи рефлекторних рухах їх положення змінюється, оцінка «1». Якщо у хворого периферичне ураження черепного нерва, який забезпечує рухи очного яблука (III, IV чи VI), оцінка «1». Оцінюйте рухи очей в усіх хворих з афазією. У хворого з травмами ока, пов'язками, сліпотою та іншими порушеннями гостроти чи полів зору слід перевірити рефлекторні рухи – вибір залишається за клініцистом. Інколи рухи в один і в другий бік від хворого зі збереженням контакту між очима дозволяють виявити частковий параліч погляду.

Шкала: її визначення

0: норма.

1: **парез погляду;** рухи одного чи обох очей порушені але немає тонічного відведення очей чи повного паралічу погляду.

2: **тонічне відведення очей або повний параліч погляду,** які зберігаються під час перевірки окулоцефального рефлексу.

ОЦІНКА: _____

3. ПОЛЯ ЗОРУ

Оцінюйте верхні та нижні квадранти полів зору за допомогою конфронтаційної проби (підрахунок пальців або, якщо це неможливо, погрожуючі рухи в бік ока). Можете заохочувати хворого, але якщо хворий дивиться в бік пальця, що рухається, оцініть це як норму. Якщо одне око сліпе чи видалене, оцінюйте поля зору другого ока. **Оцінка «1»** ставиться тільки у разі чіткої асиметрії полів зору, включаючи квадрантанопсію. Якщо хворий сліпий (з будь якої причини), **оцінка «3»**. Відразу зробіть одночасну подвійну стимуляцію. Якщо є вибірковий брак уваги, нарахуйте хворому 1 бал і врахуйте це в розділі 11.

Шкала: її визначення

0: поля зору збережені.

1: часткова геміанопсія.

2: повна геміанопсія.

3: двобічна геміанопсія (сліпота, включаючи кіркову сліпоту)

ОЦІНКА: _____

4. СЛАБКІСТЬ М'ЯЗІВ ОБЛИЧЧЯ

Попросіть (або заохотьте жестами), щоб хворий показав зуби, підняв брови та міцно заплющив очі. У хворих з порушеною свідомістю або тих, хто не розуміє мови, оцінюйте симетричність гримас та реакцію на больові подразники. Якщо обличчя не видно (через пошкодження/пов'язку, інтубацію трахеї або інші причини), усуньте усі перешкоди наскільки це можливо.

Шкала: її визначення

0: нормальна симетрична міміка.

1: легкий парез (згладженість носо-губної складки, асиметрична посмішка).

2: помірний парез (повний чи майже повний параліч нижніх мімічних м'язів – центральний тип).

3: повний одно - чи двобічний параліч (без міміки у верхній та нижній частинах обличчя – периферичний тип)

ОЦІНКА: _____

5. СЛАБКІСТЬ РУК

Оцінюйте кожну кінцівку по черзі, починаючи з менш ураженої. Надайте руці хворого початкове положення: випростайте руку хворого (долонею донизу) під кутом 90° до тіла (якщо хворий сидить) або 45° до тіла (якщо хворий лежить)– і попросіть щоб він так її утримував. Під опусканням розуміють рух руки донизу у перші 10 секунд. Хворого з афазією заохотьте владним голосом і жестами, але не завдавайте болю. Тільки у випадках ампутації чи анкілозу плечового суглоба зазначте, що цей розділ неможливо оцінити (Н/О), і надайте чітке письмове пояснення.

Шкала: її визначення

0: опускання немає, рука утримується у початковому положенні протягом 10 секунд.

1: опускання; рука спочатку утримується у початковому положенні (90° або 45°), але починає рухатися донизу протягом перших 10 секунд, не торкаючись ліжка або іншої опори.

2: окремі спроби подолати силу тяжіння, хворий не може самостійно поставити руку у початкове положення або утримувати її в цьому положенні, і рука опускається на ліжко, але є певні зусилля проти сили тяжіння.

3: немає спроб подолати силу тяжіння, рука одразу падає.

4: відсутні будь-які рухи.

Неможливо Оцінити (Н/О) – поясніть: ампутація, анкілоз суглоба, інше _____)

ОЦІНКА:

5a: ліва рука _____

5b: права рука _____

6. СЛАБКІСТЬ НІГ

Оцінюйте кожну кінцівку по черзі, починаючи з менш ураженої (завжди в положенні горілиць). Надайте нозі хворого початкове положення: під кутом 30° до ліжка – і попросіть, щоб він її так утримував. Під опусканням розуміють рух ноги донизу в перші 5 секунд. Хворого з афазією заохотьте владним голосом і жестами, але не завдавайте болю. Тільки у випадках ампутації чи анкілозу кульшового суглоба зазначте, що цей розділ *неможливо оцінити (Н/О)*, і надайте чітке письмове пояснення.

Шкала: її визначення

0: опускання немає, нога утримується під кутом 30⁰ протягом 5 секунд.

1: опускання, нога починає рухатись донизу впродовж перших 5 секунд, але не торкається ліжка.

2: окремі спроби подолати силу тяжіння, нога падає на ліжко протягом перших 5 секунд, але з певними зусиллями проти сили тяжіння.

3: немає спроб подолати силу тяжіння, нога одразу падає на ліжко.

4: відсутні будь-які рухи.

Неможливо Оцінити (Н/О) – поясніть: ампутація, анкілоз суглоба, інше _____)

ОЦІНКА:

6а: ліва нога _____

6б: права нога _____

7. АТАКСІЯ У КІНЦІВКАХ

В цьому розділі виявляють ознаки однобічного ураження мозочку. Попросіть хворого, щоб під час огляду не заплющувати очі. У разі зорових порушень проводьте пробу у збереженому полі зору. Виконуйте проби «палець-ніс-палець» та «п'ята-коліно» з обох боків; нараховуйте бали за атаксію лише тоді, коли атаксія є більшою за слабкість. Якщо хворий не розуміє мови або є паралізованим, атаксії немає (**оцінка 0**). Тільки у випадках ампутації чи анкілозу суглоба зазначте, що цей розділ *неможливо оцінити (Н/О)*, і запишіть чітке пояснення.

Шкала: її визначення

0: немає.

1: є в одній кінцівці.

2: є у двох кінцівках.

Неможливо Оцінити (Н/О) – поясніть: ампутація, анкілоз суглоба, інше _____)

ОЦІНКА: _____

8. ЧУТЛИВІСТЬ

Оцінюйте чутливість або гримаси хворого під час уколів одноразовою голкою чи ухилення від больових подразників (у разі значного порушення свідомості чи афазії). Враховуйте тільки втрати чутливості від інсульту. Перевіряйте пильно в різних ділянках тіла (руки, але не кисті, ноги, тулуб, обличчя), щоб надійно виключити гемігіпестезію. **Оцінку 2** виставляйте тільки тоді, коли немає сумнівів, що у хворого є дуже значна або повна втрата чутливості. Тому хворому з порушенням свідомості або з афазією поставте **оцінку 1 або 0**. Хворому зі стовбуровим інсультом та двобічною втратою чутливості поставте **оцінку 2**. Якщо хворий не відповідає і має тетраплегію, визначте **оцінку 2**. Хворому в комі (оцінка 3 в підрозділі 1А) в цьому розділі відразу поставте **оцінку 2**.

Шкала: її визначення

0: норма; втрати чутливості немає.

1: легка чи помірна втрата чутливості; на ураженому боці пацієнт відчуває дотик як менш гострий чи тупий; або хворий не відчуває болю, але відчуває, коли до нього доторкуються.

2: тяжка або повна втрата чутливості; хворий не відчуває дотиків на обличчі, руці та нозі.

ОЦІНКА: _____

9. МОВА

Багато відомостей щодо розуміння мови ви вже отримали під час попередніх оглядів. Попросіть хворого описати, що зображено на запропонованому **малюнку 1**, назвати зображені речі та прочитати речення. Оцінюйте розуміння мови на підставі отриманих відповідей, а також виконання наказів під час загального неврологічного огляду. Якщо розлади зору заважають оглядові, попросіть хворого назвати речі, які кладуть йому у руку, повторювати фрази та говорити. У разі інтубації трахеї попросіть хворого написати. Хворий в комі (**оцінка «3»** в підрозділі 1А) в цьому розділі відразу отримує **оцінку 3**. Якщо у хворого порушена свідомість або хворий не може співпрацювати, оцініть хворого на власний розсуд, але 3 бали ставте тільки тоді, коли хворий є німим і не виконує жодного наказу.

Шкала: її визначення

0: афазії немає; норма.

1: легка чи помірна афазія; є деякі чіткі ознаки втрати плавності або розуміння мови, але без значних обмежень у висловлюванні думок. Порушення мовлення та/або розуміння мови ускладнюють або унеможливають розмову про те, що намальовано. Однак ви можете зрозуміти з відповідей хворого, що зображено на малюнку, і назви зображених предметів.

2: тяжка афазія; спілкування обмежується уламками фраз. Необхідно здогадуватись, що хворий має на увазі, та/або перепитувати. Обсяг інформації, якою можливо обмінятися, дуже обмежений; тягар спілкування лежить на слухачеві. З відповідей хворого ви не можете зрозуміти, що є на малюнку і назви зображених предметів.

3: німота, повна афазія; немає ані змістовного мовлення, ані розуміння мови.

Пацієнти в комі автоматично отримують **оцінку 3**. При порушенні свідомості оцінку встановлює дослідник, але **оцінка 3** ставиться тільки при аутизмі та повному ігноруванні простих команд.

ОЦІНКА: _____

10. ДИЗАРТРИЯ

Не інформуйте пацієнта, що ви збираєтесь оцінювати. При нормальній артикуляції пацієнт говорить розбірливо, у нього немає труднощів при вимовлянні складних звуків та словосполучень, скоромовок. При важкій афазії оцінюється вимовляння окремих звуків та фрагментів слів; при аутизмі ставиться **оцінка 2**.

Якщо тест провести неможливо (інтубація трахеї, травма обличчя) даний розділ помічається **Н/О** (неможливо оцінити) та надається пояснення причин.

Коли значних порушень немає, оцініть вимову хворого, попросивши його прочитати та повторити слова на долученій сторінці. Якщо у хворого наявна тяжка афазія, оцініть чіткість вимови та довільного мовлення. Тільки у разі інтубації або інших фізичних перешкод для мовлення, зазначте, що цей розділ неможливо оцінити (Н/О), і надайте чітке письмове пояснення. Не пояснюйте хворому, що саме ви оцінюєте.

Шкала: її визначення

0: норма.

1: легка чи помірна дизартрія; хворий «змазує» деякі слова й іноді буває складно його зрозуміти.

2: тяжка дизартрія; вимова настільки спотворена, що пацієнта неможливо зрозуміти (афазії немає або її ступінь значно поступається дизартрії), чи хворий зовсім не говорить (німота).

Неможливо Оцінити (Н/О) – поясніть: інтубація, фізична перешкода, інше

ОЦІНКА: _____

11. ВИКЛЮЧЕННЯ АБО БРАК УВАГИ**(інші можливі назви синдрому ГЕМІГНОРУВАННЯ, НЕГЛЕКТ)**

Під сенсорним гемігноруванням розуміють порушення сприймання на одній половині тіла (за звичай зліва) при нанесенні подразнень одночасно з обох сторін (при відсутності гемігіпестезії).

Під візуальним гемігноруванням розуміють порушення сприймання об'єктів в лівій половині поля зору при відсутності лівосторонньої геміанопсії.

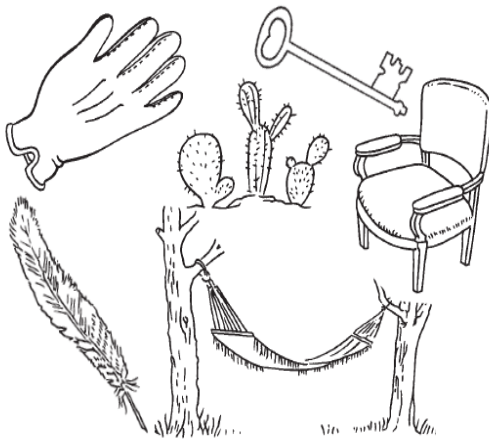
Під час попередніх оглядів ви могли отримати досить інформації щодо браку уваги чи вибіркового сприйняття. Якщо одночасна подвійна стимуляція неможлива через значне звуження полів зору (геміанопсію), а чутливість шкіри збережена, оберіть **оцінку «0»**. Якщо хворий з афазією звертає увагу на подразники з обох боків, **оцінка «0»**. Якщо є брак зорової уваги до частини простору або анозогнозія, це підтверджує порушення. Оскільки ці порушення оцінюються лише коли вони є, цей розділ ніколи не буває таким, що неможливо оцінити.

Шкала: її визначення**0: порушень немає.**

1: брак уваги до зорових, дотикових, слухових, просторових чи тілесних подразників або виключення (вибіркове сприйняття) подразників однієї сенсорної модальності; при одночасному нанесенні подразників з обох боків вони сприймаються лише з одного боку.

2: тяжкий брак уваги або виключення (вибіркове сприйняття) подразників більш ніж однієї модальності (наприклад, не впізнає власну руку або орієнтується в просторі лише з одного боку).

ОЦІНКА: _____

Додатки**Малюнок 1 (оцінювання п.9. МОВА)****Словосполучення до оцінювання афазії (до п.9. МОВА)**

Ти знаєш як.
Вниз до землі.
Я повернувся додому з роботи.
Поблизу столу у вітальні.
Вони чули його виступ по радіо минулого вечора.

Слова для оцінки дизартрії (до п.10. ДИЗАРТРИЯ)	МАМА ТІК-ТАК ВРЕШТІ-РЕШТ СКЛИКАННЯ СТУДЕНТСЬКИЙ ФУТБОЛІСТ
Загальна кількість балів при оцінці пацієнта	_____
ВИЗНАЧЕННЯ ТЯЖКОСТІ ІНСУЛЬТУ ЗА БАЛАМИ по NIHSS	
ДО 5 БАЛІВ	ЛЕГКИЙ ІНСУЛЬТ
6-13 БАЛІВ	ІНСУЛЬТ СЕРЕДНЬОЇ ТЯЖКОСТІ
14-20 БАЛІВ	ТЯЖКИЙ ІНСУЛЬТ
БІЛЬШЕ 20 БАЛІВ	ДУЖЕ ТЯЖКИЙ ІНСУЛЬТ

Додаток № 6
до уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

Шкала тяжкості інсульту Національних інститутів здоров'я США (NIHSS), форма для історії хвороби

1а. Рівень свідомості		0,1,2,3	
1в. Відповіді на запитання		0,1,2	
1с. Виконання команд		0,1,2	
2.Окорухові реакції		0,1,2	
3. Зір		0,1,2,3	
4. Парез лицьової мускулатури		0,1,2,3	
5. Рухи у верхній кінцівці	- ліва рука - права рука	0,1,2,3,4,	
6. Рухи у нижній кінцівці	- ліва нога - права нога	0,1,2,3,4,	
7. Атаксія в кінцівках		0,1,2,	
8. Чутливість		0,1,2	
9. Мова		0,1,2,3	
10. Дизартрія		0,1,2,9	
11. Виключення або брак уваги (ігнорування , неглект)		0,1,2	
Сума балів			
Дата обстеження	Час обстеження	Лікар (ПІБ) підпис	

ВИЗНАЧЕННЯ ТЯЖКОСТІ ІНСУЛЬТУ ЗА БАЛАМИ по NIHSS	
До 5 балів	Легкий інсульт
6-13 балів	Інсульт середньої тяжкості
14-20 балів	Тяжкий інсульт
Більше 20 балів	Дуже тяжкий інсульт

Додаток № 7
до уніфікованого клінічного протоколу екстреної,
первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної
(високоспеціалізованої) медичної допомоги та
медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

СКРИНІНГ НА ПОРУШЕННЯ КОВТАННЯ

«___» _____ 20__ р. ____ год. ____ хв.

П.І.Б. _____ Вік _____ років. I/x № _____

ПОПЕРЕДНЄ ОЦІНЮВАННЯ (тільки хворі, що реагують, оцінювати в положенні сидячі)

Рівень свідомості: ясна оглушення сопор кома

Стиснення губ нормальне неповне

Голос нормальний слабкий/хриплий «вологий» відсутній

Довільний кашель нормальний слабкий відсутній

ЕТАПИ ОЦІНЮВАННЯ

Якщо на будь-якому з етапів 1, 2 чи 3 складається враження, що ковтання є небезпечним → оцінювання необхідно припинити та перейти до ЕТАПУ 5.

ЕТАП 1. В положенні сидячі дайте хворому тричі по 1 чайній ложці води та пальпуйте рухи щитоподібного хряща

Рухи щитоподібного хряща при ковтанні

Спроба 1

- Нормальні
 Сповільнені
 Відсутні

Спроба 2

- Нормальні
 Сповільнені
 Відсутні

Спроба 3

- Нормальні
 Сповільнені
 Відсутні

Кашель під час або після ковтання (більше одного разу)

- Немає + Є Немає + Є Немає + Є

«Вологий» або змінений голос після ковтання ложки води

- Немає + Є Немає + Є Немає + Є

Повільне витікання води з рота

- Немає + Є Немає + Є Немає + Є

Якщо є хоча б один результат +, → **СТОП** (нічого через рот) замовити консультацію логопеда для оцінювання ковтання. Якщо ковтання виявилось безпечним, перейти до Етапу 2.

ЕТАП 2. Якщо ковтання на Стадії 1 виявилось безпечним, попросіть пацієнта випити близько 50 мл води зі стакану

Кашель під час або після ковтання (більше одного разу)

Спроба 1

- Немає + Є

Спроба 2

- Немає + Є

Спроба 3

- Немає + Є

«Вологий» або змінений голос після ковтання води

- Немає + Є Немає + Є Немає + Є

Повільне витікання води з рота

- Немає + Є Немає + Є Немає + Є

Якщо є хоча б один результат +, → **СТОП**, нічого через рот та повторити Етап 2 через 24 год. Якщо ковтання виявилось безпечним, перейти до Етапу 3.

ЕТАП 3. Спостерігати за хворим, який їсть йогурт або сирний десерт

Їжа падає з рота?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так
Накопичення/залишки їжі в роті?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так
Кашляє/давиться?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так
Хворий повідомив про труднощі з ковтанням?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так

Ковтання вільне та безпечне? Так Ні, утруднене

Якщо є хоча б один результат +, → СТОП (нічого через рот) замовити консультацію логопеда для оцінювання ковтання. Якщо ковтання виявилось безпечним, перейти до Етапу 4.

ЕТАП 4. Спостерігати за хворим, який їсть овочеве або картопляне пюре

Їжа падає з рота?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так
Накопичення/залишки їжі в роті?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так
Кашляє/давиться?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так
Хворий повідомив про труднощі з ковтанням?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так

Ковтання вільне та безпечне? Так Ні, утруднене

Якщо є хоча б один результат +, → СТОП (нічого через рот) замовити консультацію логопеда для оцінювання ковтання. Якщо ковтання виявилось безпечним, м'яка дієта.

ЕТАП 5. Спостерігати за хворим, який їсть м'яку дієту

Їжа падає з рота?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так
Накопичення/залишки їжі в роті?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так
Кашляє/давиться?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так
Хворий повідомив про труднощі з ковтанням?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так

ВИСНОВОК

Ковтання вільне та безпечне? Так Ні, утруднене

Якщо є хоча б один результат +, → СТОП (нічого через рот) замовити консультацію логопеда для оцінювання ковтання. Якщо ковтання виявилось безпечним, погодити з логопедом призначення звичайного харчування.

Скринінг проводив (прізвище, ініціали) _____

Додаток № 8
до уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

Шкала Ханта-Хесса для оцінки стану пацієнта з субарахноїдальним крововиливом

Градація	Критерії тяжкості стану
I	Безсимптомний перебіг захворювання, або незначний головний біль і слабо виражена ригідність м'язів шиї
II	Помірний або виражений головний біль, ригідність м'язів шиї, відсутні вогнищеві неврологічні симптоми, проте спостерігається параліч черепного нерву
III	Сонливість або сплутаність свідомості, наявні слабо виражені вогнищеві неврологічні симптоми
IV	Сопор, помірний або виражений геміпарез; можливі початкові ознаки децеребраційної ригідності, вегетативні порушення
V	Кома, децеребраційна ригідність

Подальша тактика лікування: I-III ст. – хірургічне лікування, IV-V ст. – інтенсивна терапія з метою стабілізації стану пацієнта і підготовки до хірургічного лікування

Додаток № 9
до уніфікованого клінічного протоколу екстреної,
первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної
(високоспеціалізованої) медичної допомоги та
медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

Модифікована Шкала Ренкіна (Modified Rankin Scale - mRS)

Оцінка	Описання
0	Відсутність симптомів
1	Відсутність суттєвої функціональної неспроможності, незважаючи на наявність симптомів, здатність до виконання повсякденних обов'язків і буденної активності
2	Легке порушення функціональної спроможності; нездатність до минулої активності, але збережена здатність до обслуговування власних потреб без сторонньої допомоги
3	Помірне порушення функціональної спроможності, необхідність деякої сторонньої допомоги, збережена здатність ходити без сторонньої допомоги
4	Помірно-тяжке порушення функціональної спроможності; нездатність ходити без сторонньої допомоги і самостійно задовольняти фізіологічні потреби
5	Важка функціональна неспроможність; «прикутість» до ліжка, нетримання сечі та калу; потреба в постійному нагляді та увазі

Джерела:

1. Rankin J. "Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60." *Scott Med J* 1957;2:200-15
2. Bonita R, Beaglehole R. "Modification of Rankin Scale: Recovery of motor function after stroke." *Stroke* 1988 Dec;19(12):1497-1500
3. Van Swieten JC, Koudstaal PJ, Visser MC, Schouten HJ, van Gijn J. "Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients." *Stroke* 1988;19(5):604-7

Додаток № 10
до уніфікованого клінічного протоколу екстреної,
первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної
(високоспеціалізованої) медичної допомоги та
медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

Інформаційний лист для пацієнта

Ви або близька вам людина перенесли інсульт...

Можливо це призвело до розвитку паралічу однієї половини тіла або до порушення ходи чи мовлення, розладам чутливості. Ви не поодинокі у вашій біді! Щорічно інсульт переносять 100 тисяч наших співвітчизників. Не впадайте у відчай! Безвихідних ситуацій не існує. Життя після перенесеного інсульту продовжується! Якщо ви не байдужі до себе та до своїх близьких, піклуетесь про своє здоров'я та бажаєте здоров'я та повноцінного довголіття своїм близьким, якщо ви хочете дізнатися, як запобігти повторному інсульту, значить ця інформація саме для Вас.

Буклет, який Ви тримаєте в руках, містить інформацію про інсульт та сучасні методи профілактики цієї хвороби.

Інсульт – це гострий стан розладу здоров'я, який характеризується раптовим початком і проявляється порушення кровообігу в головному мозку.

Запам'ятайте !

Лікування інсульту необхідно проводити тільки в стаціонарі. Швидке звернення за спеціалізованою медичною допомогою зменшує смертність та інвалідизацію пацієнтів, надає можливість проведення найбільш ефективних методів лікування.

Не втрачайте й хвилини - найкращий результат в лікуванні інсульту можна отримати , коли сучасна допомога надається в перші хвилини та години від перших ознак інсульту.

Для діагностики інсульту обов'язково треба зробити діагностичну комп'ютерну томографію головного мозку (КТ головного мозку).

Що таке геморагічний інсульт?

Геморагічний інсульт – це розрив судин, який викликає крововилив у головний мозок, руйнуючи певну ділянку мозку і призводячи до загибелі мозкових клітин. При загибелі мозкових клітин людина втрачає контроль над функціями, за які відповідала та чи інша ушкоджена ділянка мозку. Ступінь важкості цих розладів залежить від локалізації крововиливу та від його розмірів. Різні ділянки мозку відповідають за різні функції. Наприклад при ураженні правих відділів мозку розвивається слабкість або параліч лівої половини тіла. Ознаки інсульту залежать від того, яка ділянка мозку ушкодилась. Найчастіше інсульт вражає людей після 60 років. Кожний третій інсульт – призводить до смерті хворого. Для відновлення втрачених функцій, після перенесеного інсульту, може знадобитися шість і більше місяців інтенсивної реабілітації. Багато хто з пацієнтів повністю відновлюється і повертається до активного повноцінного життя.

Чи всі геморагічні інсульти однакові?

Ні. Геморагічний інсульт може бути двох основних видів.

Субарахноїдальний крововилив – розрив судин, що розташовані на поверхні м'якої мозкової оболонки, коли кров витікає із судини і зосереджується між мозком та черепом. Зазвичай відбувається розрив мозкової артерії в ділянці її розширення, яке називається аневризмою.

Внутрішньомозковий крововилив – розрив судин, що розташовані в глибині тканини мозку, коли кров витікає із судин і накопичується в обмеженому просторі, утворюючи гематому.

Які причини можуть призвести до розриву кровоносних судин мозку?

- Системне ураження церебральних судин (атеросклероз, амілоїд на дистрофія)
- Високий неконтрольований артеріальний тиск.
- Вроджені вади судинної стінки мозкової судини (аневризми, артеріо-венозні мальформації)
- Тютюнопаління
- Прийом наркотиків

Як лікується геморагічний інсульт?

При виявленні на комп'ютерній томографії геморагічного інсульту – пацієнта обов'язково повинен проконсультувати нейрохірург, який визначає подальшу тактику лікування пацієнта. У переважній кількості випадків при геморагічному інсульті хворі повинні перебувати на лікуванні в нейрохірургічному відділенні. У випадках крововиливів внаслідок розриву аневризми, артеріо-венозної мальформації або при формуванні в мозку гематоми лише нейрохірургічна операція здатна врятувати життя хворого або знизити ризик тяжкої інвалідності. Завдяки нейрохірургічному втручанню можливо попередження повторних крововиливів шляхом надійного блокування причини крововиливу (аневризми або артеріо-венозної мальформації), а також звільнення мозкових структур від стиснення шляхом видалення гематоми.

Які найбільш важливі ознаки гострого інсульту?

1. Раптова слабкість, заніміння, параліч половини тіла або тільки лиця, руки, ноги
2. Раптовий інтенсивний головний біль, який хворі описують як «найжахливіший біль в житті»
3. Раптове порушення чіткості зору
4. Раптове порушення мовлення (немає можливості говорити та розуміти звернену до тебе мову)
5. Раптове запаморочення, втрата координації рухів, нудота, блювання, деколи втрата свідомості.

Як уникнути повторного інсульту?

Інсульт може статися знову, якщо не проводити ефективну профілактику цієї хвороби. На жаль, у тих хто переніс інсульт, дуже високий шанс розвитку **повторного інсульту**. За даними наукових досліджень, у осіб що перенесли інсульт, вірогідність повторного інсульту вища у 15 разів, ніж у тих, у кого інсульту не було. Стан

атеросклеротичнозмінених судин мозку та наявність ураження мозкових судин (аневризма або артеріо-венозна мальформація) обумовлюють збереження ризику повторного внутрішньочерепного крововиливу. Доведено, що ризик повторного інсульту може сягати 50% упродовж перших 6 місяців після розриву аневризми та дещо знижується в наступні роки. Ваш лікар може визначити який у Вас ступінь ризику повторення інсульту та визначити профілактичні заходи, що знижуватимуть цей ризик.

Як знизити ризик розвитку повторного інсульту.

На теперішній час існують рекомендації по ефективній профілактиці розвитку повторних інсультів, якими користуються лікарі всього світу. Доведено, що правильно підібрані ефективні медикаментозні та немедикаментозні методи профілактики, які доповнюють один одного, суттєво впливають на прогноз хвороби та якість життя пацієнтів, що перенесли інсульт.

Ефективна профілактика розвитку повторного інсульту повинна обов'язково включати такі заходи:

1. Щоденний контроль та ефективне лікування підвищеного артеріального тиску. Артеріальний тиск повинен бути на рівні 140 мм на 90 мм рт. ст. і нижче. У пацієнтів з цукровим діабетом - 130 на 80 мм рт. ст.
2. Контроль та корекція рівня холестерину суттєво впливають на подальший розвиток та прогресування атеросклерозу. У пацієнтів з високим рівнем холестерину в крові обов'язковим є призначення засобів. Що нормалізують його рівень в сироватці крові.

Зверніть увагу на факторі ризику повторного інсульту, які також суттєво впливають на розвиток повторного інсульту:

Паління

Припиніть або, у крайньому разі, скоротіть кількість викурених цигарок в день. Пам'ятайте! Курці мають на 50% більше шансів перенести повторний інсульт, чим ті що не палять.

Прийом алкоголю

Зловживання алкоголем призводить до підвищення ризику розвитку повторного геморагічного інсульту (крововиливу в мозок). Скоротіть вживання алкоголю до мінімуму або припиніть його вживання зовсім.

Надмірна вага тіла

Надмірна вага негативно впливає на роботу серця і судин. У осіб з надмірною вагою та ожирінням часто підвищений артеріальний тиск і цукровий діабет. Перераховані фактори значно впливають на ризик розвитку повторного інсульту. Для зниження цього ризику необхідні заходи по корекції маси тіла, які може вам запропонувати лікар для кожного індивідуально.

Низька фізична активність

Щоденні прогулянки пішки не менше 30 хвилин – оптимальний вид фізичного навантаження. Не уникайте цього .Рух – це життя!

Пам'ятайте! Ваше одужання залежить від Вас. Профілактичні заходи, направлені на запобігання розвитку повторного інсульту повинні починатися з другого тижня після перенесеного інсульту і продовжуватись постійно, часто місяцями та роками без перерви під пильним наглядом лікаря

Якщо після того як прочитали цей буклет у вас ще лишилися питання по проблемі профілактики інсульту, ви можете отримати більш детальну інформацію на сайті Української асоціації боротьби з інсультом. www.insult.net.ua

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!

ОЗНАКИ ГОСТРОГО ІНСУЛЬТУ

Раптова

слабкість м'язів, заніміння в області обличчя, руки, ноги або однієї половини тіла

Раптове

порушення мовлення та розуміння звернутої мови

Раптова

повна або часткова втрата зору на одне або обидва ока

Раптовий

незвичайно сильний головний біль

Раптова

втрата рівноваги, головокружіння, нудота у поєднанні із іншими вищеперерахованими ознаками



**Щоб врятувати пацієнта
з гострим інсультом,
НЕГАЙНО телефонуйте**

103

ПЕРЕВІРТЕ !

Чи може у Вас виникнути інсульт?

① Визначить свій ризик розвитку інсульту!



Фактор ризику	Високий ризик розвитку інсульту	Увага! Зверніться до лікаря!	Низький ризик розвитку інсульту
Артеріальний тиск	Більше 140/90 мм рт.ст. або "Я не знаю свого артеріального тиску"	Артеріальний тиск від 120/80 мм рт.ст. до 139/89 мм рт.ст.	Артеріальний тиск менше ніж 120/80 мм рт.ст.
Рівень холестерину в плазмі крові	<ul style="list-style-type: none"> Я не знаю який у мене рівень холестерину У мене високий рівень холестерину (6,2 ммоль/л та більше) 	Мій рівень холестерину (5,2–6,2 ммоль/л)	У мене нормальний рівень холестерину (менше 5,2 ммоль/л)
Я хворю на цукровий діабет	Так	Цукор крові вище 6,1 ммоль/л	Цукор крові в нормі
Ви палите?	Я палю	Я палив, але кинув	Я ніколи не палив
Порушення серцевого ритму	Я відчуваю перебої серцевого ритму	Я не знаю	Моє серце б'ється ритмічно
Маса тіла	Я маю надлишкову вагу	Я маю підвищену вагу	Я маю нормальну вагу
Заняття фізичними вправами	Я не маю ніякої фізичної активності	Я інколи займаюсь фізичними вправами	Я регулярно займаюсь фізичними вправами (не рідше 3 разів на тиждень)
В моїй сім'ї є випадки захворювання на інсульт у найближчих родичів	Так	Я не впевнений	Немає
Загальна кількість балів			

Кожна відповідь оцінюється в 1 бал

② Оцініть свій ризик розвитку інсульту!

WWW.INSULT.NET.UA



3 і більше балів, які Ви нарахували у червоних клітинах	Негайно зверніться до лікаря – у Вас дуже високий ризик розвитку інсульту і необхідно застосувати активні профілактичні заходи щоб уникнути інсульту в найближчий час.
4–6 балів, які Ви нарахували в жовтих клітинах	У Вас високий ризик розвитку інсульту. Зверніться до лікаря за порадою.
4–6 балів, які Ви нарахували в зелених клітинах	Поздоровляємо! Ви контролюєте свій стан здоров'я і на теперішній час у Вас низький ризик розвитку інсульту. Так тримати!

Як знизити ризик розвитку інсульту?

- Контролюйте свій артеріальний тиск. Якщо у Вас артеріальний тиск підвищений – зверніться до лікаря.
- Зверніться до лікаря у разі не ритмічного серцебиття.
- Киньте палити
- Обмежте вживання алкогольних напоїв
- Зверніться в лабораторію поліклініки та визначить рівень холестерину в крові.
- Якщо у Вас цукровий діабет – ретельно дотримуйтесь рекомендацій лікаря щодо контролю рівня глюкози в крові.
- Займайтесь фізичними вправами регулярно.
- Обмежте вживання соленої та жирної їжі
- Запитайте свого лікаря "Що я повинен зробити, щоб знизити ризик розвитку інсульту?"

Перші ознаки інсульту повинен знати кожен!

- Раптова слабкість м'язів, зникнення в області обличчя, руки, ноги або однієї половини тіла.
- Раптове порушення мовлення та розуміння звернутої мови.
- Раптова повна або часткова втрата зору на одне або обидва ока.
- Раптово незвичайно сильний головний біль.
- Раптова втрата рівноваги, головокружіння, нудота у поєднанні з іншими вищенаведеними ознаками.

Щоб врятувати хворого з інсульту, НЕГАЙНО телефонуйте

103

Більше інформації отримайте на сайті Української асоціації боротьби з інсульту . www.uabi.org.ua

Додаток № 11
до уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

Індекс активності у повсякденному житті (шкала БАРТЕЛ)

ПРИЙОМ ЇЖИ
<p>0 - повністю залежить від допомоги оточуючих (необхідне годування зі сторонньою допомогою) 5 - частково потребує допомоги, наприклад, при розрізанні їжі, намазуванні масла на хліб і т.д., при цьому приймає їжу самостійно 10 - не потребує допомоги (здатний їсти будь-яку нормальну їжу, не тільки м'яку, самостійно користується всіма необхідними столовими приборами; їжа готується і сервірується іншими особами, але не розрізається)</p>
ПРИЙОМ ВАННИ
<p>0 - залежний від оточуючих 5 - незалежний від оточуючих: приймає ванну (входить і виходить з неї, миється) без сторонньої допомоги, або миється під душем, не потребуючи нагляду чи допомоги</p>
ПЕРСОНАЛЬНА ГІГІЄНА (чищення зубів, маніпуляція з зубними протезами, зачісування, гоління, вмивання лица)
<p>0- потребує допомоги при виконанні процедури особистої гігієни 5 - незалежний від оточуючих при вмиванні лица, зачісуванні, чищенні зубів, голінні</p>
ОДЯГАННЯ
<p>0 – залежний від оточуючих 5 - частково потребує допомоги (наприклад, при заціпанні гудзиків), але більше половини дій виконує самостійно, деякі види одягу може вдягати повністю самостійно, затрачаючи на це розумну кількість часу 10 - не потребує допомоги, в тому числі при заціпанні гудзиків, зав'язуванні шнурівок і т.д., може вибирати і надягати будь-який одяг</p>
КОНТРОЛЬ ДЕФЕКАЦІЇ
<p>0 - нетримання калу(або потребує застосування клізми, яку ставить особа, що доглядає) 5 - випадкові інциденти нетримання калу (не частіше одного разу на тиждень) або потребується допомога при використанні клізми, свічок 10 - повний контроль дефекації, при необхідності може використовувати клізму або свічки, не потребує допомоги</p>
КОНТРОЛЬ СЕЧОВИПУСКАННЯ
<p>0 – нетримання сечі, або використовується катетер, керувати яким хворий самостійно не може 5 - випадкові інциденти нетримання сечі (максимум один раз за 24 години) 10 - повний контроль сечовипускання (в тому числі й випадки катетеризації сечового міхура, коли хворий самостійно справляється з катетером)</p>
КОРИСТУВАННЯ ТУАЛЕТОМ (переміщення в туалеті, роздягання, очищення шкірних покривів, вдягання, вихід із туалету)
<p>0 - повністю залежний від допомоги оточуючих 5- потребує деякої допомоги, проте частину дій, в тому числі персональні гігієнічні процедури, може виконувати самостійно 10 - не потребує допомоги (при переміщеннях, вдяганні та роздяганні, виконанні гігієнічних процедур)</p>
ПЕРЕМІЩЕННЯ (з ліжка на крісло і назад)
<p>0 - переміщення неможливе, не здатний сидіти (втримувати рівновагу), для підняття з ліжка потрібна допомога двох осіб 5 - при вставанні з ліжка потрібна значна фізична допомога (одної сильної/обізнаної особи або двох звичайних людей), може самостійно сидіти на ліжку</p>

10 - при вставанні з ліжка потрібна незначна допомога (одної особи), або потрібний догляд, вербальна допомога
15 - незалежний від оточуючих (не потребує допомоги)
ЗДАТНІСТЬ ДО ПЕРЕСУВАННЯ ПО РІВНІЙ ПЛОЩИНІ (переміщення в межах дому/палати і поза домом; можуть використовуватись допоміжні засоби)
0 - не здатний до переміщення або долає менше 45м
5 – здатний до незалежного пересування в інвалідному візку на відстань більше 45 м, в тому числі оминати кути і користуватись дверима та самостійно повертати за рік
10 - може ходити з допомогою однієї особи або двох осіб (фізична підтримка або нагляд і вербальна підтримка), проходить більше 45 м
15 – не залежний від оточуючих (але може використовувати допоміжні засоби, наприклад, паличку), долає самостійно більше 45 м
ПОДОЛАННЯ СХОДІВ
0 - не здатний підніматись по сходах, навіть з підтримкою
5 - потрібна фізична підтримка (наприклад . щоб піднести речі), нагляд або вербальна підтримка
10 – незалежний

Оцінка пацієнта за індексом Бартел

ВИД ДІЯЛЬНОСТІ	Оцінка до початку лікування та реабілітації	Оцінка при виписці на домашню програму реабілітації
Прийом їжі		
Прийом ванни		
Персональна гігієна		
Одягання		
Контроль дефекації		
Контроль сечовипускання		
Користування туалетом		
Переміщення(з ліжка на крісло і назад)		
Здатність до пересування по рівній площині		
Подолання сходів		

Оцінку проводив (ПІБ) _____

Інструкції

1. При оцінці за шкалою слід реєструвати те, що хворий дійсно робить, а не те, що він міг би зробити.
2. Основна мета використання шкали є встановлення ступеню незалежності від будь-якої допомоги, фізичної або вербальної, хоча б навіть і мінімальної, і з будь-якої причини.
3. Під потребою в нагляді слід розуміти, що хворого не можна вважати *незалежним*.
4. Здатність хворого до тієї чи іншої активності слід оцінювати по найбільш достовірних даних. Зазвичай джерелом інформації є опитування хворого, його рідних, або друзів, медперсоналу, також важливі результати безпосереднього спостереження і здоровий глузд, однак, необхідності в цілеспрямованому дослідженні функції немає.
5. Зазвичай важлива оцінка здатності хворого в попередні 24-48 годин, але буває доцільною і оцінка за більш тривалий період часу.
6. Середні категорії оцінок означають, що «частка» хворого в здійсненні оцінювальної активності перевищує 50%.
7. Допускається застосування додаткових заходів для досягнення незалежності.

Сумарна оцінка:

45-50 балів – відповідає тяжкій інвалідності і залежності від сторонньої допомоги, 50-75 балів – свідчить про помірну інвалідність,

75-100 балів – відповідає мінімальному обмеженню або відновленню втрачених неврологічних функцій. Разом з тим, навіть максимальна оцінка не свідчить, що хворий може проживати самостійно – стан здоров'я все-таки може перешкоджати приготуванню їжі, регулярному відвідуванню магазину для придбання їжі, і т.п.

Додаток № 12

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

Шкали оцінки інтенсивності болю

Візуально-аналогова шкала оцінки інтенсивності болю (Visual analogue scale – VAS)

Хворому пропонують на наведеній нижче лінії позначити вертикальною рискою рівень свого болю. Інтенсивність болю (відстань від початку лінії до зробленої пацієнтом позначки) вимірюють лінійкою в сантиметрах. Тому довжина шкали має становити точно 10 см.



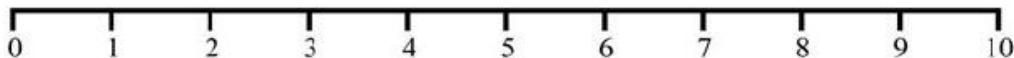
Біль
відсутній



Найгірший біль
що може бути

Числова шкала оцінки інтенсивності болю (Numerical rating scale – NRS)

Хворому пропонують оцінити інтенсивність болю в балах від «0» (біль відсутній) до «10» (найгірший біль що може бути). Використовуються також версії шкали з іншими діапазонами оцінок (наприклад, від 0 до 5). Цю шкалу інколи «доповнюють» розфарбуванням її в спектр поступового переходу кольорів від зеленого (відсутність болю) до жовтого (помірний біль) та яскраво-червоного (найгірший біль).



Біль
відсутній

Помірний
біль

Найгірший біль
що може бути

Джерела:

Обидві з наведених вище шкал можна знайти з посиланнями на різні першоджерела, тому дізнатись точно, кому саме належить авторство, ми не змогли.

Додаток № 13
до уніфікованого клінічного протоколу екстреної,
первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної
(високоспеціалізованої) медичної допомоги та
медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

Діагностика па лікування апное під час сну

Синдром обструктивного апное-гіпноє сну (СОАС), що вражає біля 5% населення, являється як самостійним, так і додатковим фактором ризику виникнення повторного інсульту, інфаркту міокарда та раптової кардіальної смерті уві сні. Як відомо, СОАС виникає в наслідок звуження дихальних шляхів під час сну на рівні глотки і припинення легеневої вентиляції при дихальних зусиллях, яке веде до зниження рівня кисню в крові, затримки CO₂, активації симпатичної нервової системи і, відповідно, вазоконстрикції.

При підозрі на СОАС лікареві слід звернути увагу на епізоди переривання дихання під час сну, голосне хропіння, надмірну денну сонливість, неспокійний сон та його переривання, ранковий головний біль, зниження концентрації уваги, пам'яті, лібідо, дратівливості та надмірну вагу хворого, підвищення АТ.

З метою діагностики та оцінки специфічних симптомів і скарг використовуються спеціальні шкали. Найпоширенішою шкалою для оцінки симптомів СОАС є Epworth Sleepiness Scale.

Таблиця. Шкала Epworth Sleepiness Scale для оцінки симптомів СОАС

<i>Активність</i>	<i>Можливість заснути</i>
Читання сидячи	
Перегляд телепередач	
Знаходження в громадському місці без активності (зустріч, в театрі)	
Їзда в машині на пасажирському місці протягом 1 год	
Пообідній відпочинок у тихій кімнаті	
Сидіння і розмова з ким-небудь	
Сидіння у спокої після обіду, який не включав алкоголь	
У машині під час зупинки у пробці протягом декількох хвилин	
Всього балів	

Загальна кількість балів оцінюється залежно від відповідей за балами: 0 - ніколи не засну; 1 - низька ймовірність заснути; 2 - середня ймовірність заснути; 3 - висока ймовірність заснути. Ймовірність наявності СОАС залежно від результатів тестування пацієнтів за цією шкалою оцінюється таким чином: відсутність СОАС - 8,0±3,5 бала; СОАС низького ступеня тяжкості - 11,0±4,2 бала; СОАС середнього ступеня тяжкості - 13,0±4,7 бала; СОАС високого ступеня тяжкості - 16,2±3,3 бала.

Для остаточної діагностики та корекції синдрому апное під час сну пацієнт повинен бути направлений до спеціалізованого центру, де є лабораторії полісомнографії.

Золотим стандартом діагностики СОАС в усьому світі є нічне полісомнографічне дослідження. Воно включає одночасний запис електроенцефалограми, електроокулограми, електроміограми, дихального потоку, насичення крові киснем, дихального зусилля, ЕКГ, положення тіла. Частота епізодів обструкції верхніх дихальних шляхів під час сну визначається як індекс апное + індекс гіпопное (ІАГ — епізоди повного і часткового перекривання верхніх дихальних шляхів).

Для скринінгової діагностики СОАС використовують також спрощені портативні прилади, якими пацієнт може користуватися в амбулаторних умовах. Портативні монітори можуть бути використані як альтернатива полісомнографічному дослідженню у пацієнтів із високою ймовірністю СОАС середнього чи високого ступеня тяжкості.

Лікування СОАС передбачає, в першу чергу, зниження маси тіла у осіб з ожирінням. Як патогенетичний метод лікування необхідно рекомендувати апаратне дихання під час сну з позитивним тиском повітря під час вдиху (CPAP-терапія). Крім того, хворому слід забезпечити відновлення вільної прохідності дихальних шляхів: забезпечення максимально вільного носового дихання (краплі, спеціальні наклейки тощо), застосування під час сну спеціальних приладів для підтримки постійного позитивного тиску повітря у дихальних шляхах (маски), хірургічна пластика носоглотки.

Слід вважати грубою помилкою призначення хворим з синдромом нічного апное транквілізаторів. Якщо виникає необхідність застосування снодійних, то перевагу слід віддати препаратам з мінімальним впливом на тонус м'язів глотки, наприклад, золпідему. Крім того, у хворих з СОАС часто виникає необхідність контролю інших факторів серцево-судинного ризику: ожиріння, дисліпідемії, цукрового діабету, АГ, аритмій тощо.

Примітка: Більш детально інформація щодо синдрому обструктивного апное-гіпопное сну наведена в АКН «Артеріальна гіпертензія», яка рекомендована наказом МОЗ України № 384 від 24.05.2012 року.

Додаток № 14
до уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

Література до розділу 1.8 Епідеміологічна інформація

1. Стан неврологічної служби України в 2011 році / Хобзей М.К., Зінченко О.М., Голубчиков М.В., Міщенко Т.С.- Харків, 2012.- 25 с.
2. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, et al. Heart disease and stroke statistics—2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2010; 121: e46-215.
3. Truelsen T, Piechowski-Jozwiak B, Bonita R, et al. Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data. *Eur J Neurol* 2006;13:581-98.
4. WHO. Global Burden of Stroke. 2010. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_15_burden_stroke.pdf (accessed May 15,2011).
5. Van Asch CJ, Luitse MJ, Rinkel GL, van der Tweel I, Algra A, Klijn CJ. Incidence, case fatality, and functional outcome of intracerebral haemorrhage over time, according to age, sex, and ethnic origin: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol* 2010; 9: 167-76.
6. Sacco S, Marini C, Toni D, Olivieri L, Carolei A. Incidence and 10-year survival of intracerebral hemorrhage in a population-based registry. *Stroke* 2009; 40: 394-99.
7. Крылов В.В., Природов А.В. Аневризмы сосудов головного мозга // Журн. Неврология.- 2008.- № 1.- С. 11-15.
8. Raaymakers T, Rinkel G, Limburg M, Algra A. Mortality and morbidity of surgery for unruptured intracranial aneurysms. *Stroke* 1998; 29 :1531 –1538.
9. Molyneux A, Kerr R, Stratton I, Sandercock P, Clarke M, Shrimpton J, Holman R. International Subarachnoid Aneurysm Trial (ISAT) of neurosurgical clipping versus endovascular coiling in 2143 patients with ruptured intracranial aneurysms: a randomised trial. *Lancet*. 2002; 360: 1267-74.

Додаток № 15

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

Карта пацієнта з гострим порушенням мозкового кровообігу

Вкладиш до Медичної карти стаціонарного хворого № _____

Адміністративна територія _____

Назва закладу охорони здоров'я, що заповнює форму _____

Паспортна частина

1. Прізвище, Ім'я, По батькові _____

2. Стать _____ 3. Дата народження __/__/____р.

4. Поява перших симптомів ГПМК: Дата __/__/____р. Час __-____

5. Виклик невідкладної медичної допомоги: Дата __/__/____р. Час __-____

Догоспітальний етап

6. Проведене визначення рівня свідомості за шкалою ком Глазго:

ні так - ____ (значення)

7. Проведене оцінювання неврологічного статусу за шкалою «Мова-рука-обличчя-час» (FAST)

ні так - _____ (висновок)

8. Проведене визначення рівня глюкози крові: ні так - _____ (значення)

9. Проведене вимірювання артеріального тиску ні так - _____ (значення)

10. Проведене вимірювання температури тіла: ні так - _____ (значення)

11. Проведено ЕКГ або здійснена передача біометричних ЕКГ-сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ:

ні так - _____ (висновок)

12. Проведена пульсоксиметрія: ні так - _____ (значення)

13. Проведена оксигенотерапія ні так

14. Забезпечений венозний доступ ні так

15. Проведена корекція АТ ні так - до _____ (значення)

16. Проведена корекція рівня глюкози крові: ні так - до _____ (значення)

17. Проведене медикаментозне лікування ні так - _____ (вказати ЛЗ)

Госпітальний етап

18. Доставка до ЗОЗ: 18.1. Дата __/__/____р. 18.2. Час __-____

19. Проведене визначення тяжкості інсульту за Шкалою тяжкості інсульту (NIHSS) на момент госпіталізації: ні так - ____ (значення в балах NIHSS)

Дата __/__/____р. Час __-____

20. Проведений тест на виявлення порушення ковтання:

ні так Дата __/__/____р. Час __-____

21. Консультації суміжних спеціалістів:

- | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------|-------------|
| 21.1 Нейрохірург: | <input type="checkbox"/> ні | <input type="checkbox"/> так - | Дата ___/___/___р. | Час ___-___ |
| 21.2. Окуліст: | <input type="checkbox"/> ні | <input type="checkbox"/> так - | Дата ___/___/___р. | Час ___-___ |
| 21.3. Логопед: | <input type="checkbox"/> ні | <input type="checkbox"/> так - | Дата ___/___/___р. | Час ___-___ |
| 21.4. З фізичної реабілітації: | <input type="checkbox"/> ні | <input type="checkbox"/> так - | Дата ___/___/___р. | Час ___-___ |
| 21.5. _____ | <input type="checkbox"/> ні | <input type="checkbox"/> так - | Дата ___/___/___р. | Час ___-___ |
| 21.6. _____ | <input type="checkbox"/> ні | <input type="checkbox"/> так - | Дата ___/___/___р. | Час ___-___ |
| 21.7. _____ | <input type="checkbox"/> ні | <input type="checkbox"/> так - | Дата ___/___/___р. | Час ___-___ |

Лабораторні дослідження

22. Проведений розгорнутий загальний аналіз крові з визначенням числа тромбоцитів:

- ні так - _____ (висновок)
23. МНВ: ні так
24. АЧТЧ: ні так
25. Визначений електролітний склад сироватки крові: ні так
26. Проводилося визначення рівня глюкози (в динаміці): ні так
27. Проведені ниркові проби (креатинін та сечовина сироватки крові): ні так
28. Ліпідограма: ні так

Інструментальні методи

- 29. МР/КТ – ангиографія** ні так - Дата ___/___/___р. Час ___-___
30. ЕКГ у 12 відведеннях ні так
31. Рентгенографія легень ні так
32. Ультразвукове дуплексне сканування магістральних судин голови і шиї в каротидному басейні ні так

Додаткові методи обстеження (за показаннями)

33. ЕХО-кардіографія (трансторакальна або трансезофагальна) ні так
34. УЗД органів черевної порожнини ні так
35. Люмбальна пункція ні так
36. Рівень С-реактивного протеїну ні так
37. Загальний аналіз сечі: ні так
38. Токсикологічний скринінг: ні так

39. Остаточний діагноз: _____**Шифр за МКХ 10:** _____

40. Призначення ацетилсаліцилової кислоти / клопідогрелю :

- ні так Дата ___/___/___р. Час ___-___
41. Проведений тромболізис: ні так Дата ___/___/___р. Час ___-___

42. Виписка з ЗОЗ: Дата ___/___/___р. Час ___-___

43. Проведене оцінювання стану пацієнта за шкалою Ренкіна

 ні так - _____ (висновок)

44. Пацієнту наданий індивідуальний план (програма) заходів вторинної профілактики та корекції факторів ризику :

ні так

45. Пацієнту наданий роздрукований «Інформаційний лист для пацієнта, який переніс інсульт» :

ні так

46. Додаткова інформація щодо дотримання ЛПМД: _____

Підпис лікаря _____

**ІНСТРУКЦІЯ по заповненню
Карті моніторингу локального протоколу медичної допомоги
пацієнту з гострим порушенням мозкового кровообігу**

Тимчасова форма-вкладиш до Медичної карти стаціонарного хворого (форма 003/о) «Карта моніторингу локального протоколу медичної допомоги пацієнту з гострим порушенням мозкового кровообігу» (далі – Карта) заповнюється закладами охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) стаціонарну допомогу пацієнтам з підозрою на гостре порушення мозкового кровообігу. Карта вкладається до Медичної карти стаціонарного хворого (форма 003/о), номер якої зазначається в заголовку Карті.

Карта призначена для моніторингу індикаторів якості медичної допомоги, внутрішнього або зовнішнього аудиту, експертної оцінки дотримання основних положень УКПМД «Ішемічний інсульт», «Геморагічний інсульт» та ЛПМД, розроблених ЗОЗ на їх основі.

Позиції 4, 5 Карті заповнюються для пацієнтів, доставлених бригадою ШМД, відповідно до Талону до супровідного листка, затвердженого наказом МОЗ України від 17.11.2010 р. № 999. Для інших пацієнтів ці позиції заповнюються відповідно до анамнезу захворювання, задокументованого в Медичній карті стаціонарного хворого (форма 003/о). За можливості, зазначається точний час появи перших симптомів ГПМК; якщо очевидців розвитку симптомів ГПМК немає, часом розвитку ГПМК слід вважати той час, коли пацієнта востаннє бачили у «звичайному» стані – без симптомів інсульту.

Позиції 6-28 заповнюються для всіх пацієнтів у відповідності до інформації, задокументованої в Медичній карті стаціонарного хворого (форма 003/о), а також Карті виїзду швидкої медичної допомоги (форма № 110/о), Супровідному листку (форма № 114/О) та Талону до супровідного листка, затверджених наказом МОЗ України від 17.11.2010 р. № 999. В позиціях 18-21, 29, 40-41 вказується точний час процедури.

До позиції 46 вносяться стислі відомості про особливості перебігу захворювання або інші причини, що спричинили суттєві відхилення від положень УКПМД та ЛПМД (зокрема, наявність протипоказань, відмова пацієнта або його представників від проведення процедур та ін.)