



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЛМЫКИЯ
(МИНЗДРАВ РК)

ПРИКАЗ

«14» 02 2024г.

г. Элиста

№ 152/п

Об организации оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Республике Калмыкия

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 г. № 928н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения», в целях реализации Региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», утвержденной Постановлением Правительства Республики Калмыкия от 25.05.2023 г. № 187, дальнейшего совершенствования медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями Республики Калмыкия, снижения смертности от острого нарушения мозгового кровообращения,

п р и к а з ы в а ю :

1. Утвердить:

1.1. Регламент оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Республике Калмыкия, согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

1.2. Схему маршрутизации больных с ОНМК, согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

1.3. Алгоритм проведения тромболитического лечения больным с ОНМК, согласно приложению № 3 к настоящему приказу;

1.4. Алгоритм медицинской эвакуации при ОНМК, согласно приложению № 4 к настоящему приказу;

1.5. Маршрутизацию пациентов со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий, согласно приложению № 5 к настоящему приказу.

2. Возложить персональную ответственность за организацию оказания медицинской помощи больным с ОНМК на руководителей подведомственных медицинских организаций, согласно приложению № 6 к настоящему приказу.

3. Главным врачам подведомственных медицинских организаций Республики Калмыкия, оказывающих первичную медико-санитарную; специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинская

помощь; скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь:

3.1. Обеспечить:

3.1.1. Неукоснительное соблюдение маршрутизации пациентов с ОНМК, утвержденной настоящим приказом;

3.1.2. Постановку на диспансерный учет пациентов, перенесших ОНМК в течение 3 рабочих дней после выписки из стационара, передачи выписного эпикриза из Регионального сосудистого центра;

3.1.3. Проведение дистанционного консультирования со специалистами РСЦ в круглосуточном режиме посредством телемедицинских консультаций;

3.1.4. Ежемесячный анализ работы по реализации Региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», утвержденной Постановлением Правительства Республики Калмыкия от 25.05.2023 г. № 187;

3.1.5. Достижение целевого показателя по обеспечению применения методики тромболитической терапии 5% от всех случаев ишемического инсульта, «от двери до иглы» не более 40 мин.

3.2. Разработать и утвердить внутренним приказом схемы маршрутизации пациентов с ОНМК с указанием населенных пунктов, структурных подразделений и контактной информации в срок до 01.03.2024г.

3.3. Назначить ответственных за организацию оказания медицинской помощи больным с ОНМК.

3.4. Привести в соответствие оснащение, обеспечить наличие лекарственных препаратов в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденными Минздравом России и клиническими рекомендациями (протоколами лечения), в том числе лекарственных препаратов для проведения тромболиза.

4. Главному врачу БУ РК «Республиканская больница им. П.П. Жемчуева» Чумпиновой С.Ю., руководителю Регионального сосудистого центра Насуновой С.К.:

4.1. Оказывать методическую и консультативную помощь медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, по применению настоящего приказа и маршрутизации пациентов с ОНМК.

4.2. Обеспечить на базе РСЦ дистанционное консультирование пациентов с ОНМК на догоспитальном и госпитальном этапах оказания медицинской помощи в круглосуточном режиме.

4.3. Проводить ежеквартально анализ эффективности реализации мероприятий по снижению смертности от ОНМК, а также достигнутых результатов.

4.4. Обеспечить круглосуточную работу отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения, а также обеспечить необходимыми расходными материалами и лекарственными средствами в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденными Минздравом России и клиническими рекомендациями (протоколами лечения).

4.5. Назначить ответственное лицо за ведение регистра больных с ОНМК.

5. Главному врачу БУ РК «Республиканский центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф» Хулхачиевой К.Н. обеспечить:

5.1. Приоритетный выезд СМП при ОНМК;

5.2. Первоочередную транспортировку больных в РСЦ;

5.3. Оказание медицинской помощи пациентам с ОНМК на догоспитальном этапе;

5.4. Применение в работе шкал оценки тяжести пациентов с ОНМК, прилагаемых к Алгоритму ОНМК, утвержденному настоящим приказом;

5.5. Заполнение опросных листов «Алгоритм действий у пациента с симптомами ОНМК на догоспитальном этапе»;

5.6. Обучение и проверку навыков для фельдшеров и врачей бригад скорой медицинской помощи по проведению мероприятий для устранения угрожающих жизни состояний согласно утверждённому графику;

5.7. Ежедневное проведение анализа отказов госпитализации в РСЦ;

5.8. Ежемесячный разбор случаев летальных исходов пациентов ОНМК на догоспитальном этапе, проведение клинических конференций с привлечением профильных врачей-специалистов с последующим представлением материалов главному внештатному специалисту неврологу Минздрава РК;

5.9. Наличие лекарственных препаратов для выполнения бригадами скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденными Минздрава России и клиническими рекомендациями (протоколами лечения).

6. Начальнику отдела организации медицинской помощи взрослому населению и лекарственного обеспечения Минздрава РК Есиновой К.В. совместно с главным внештатным неврологом Минздрава РК:

6.1. Осуществлять организационное и методическое сопровождение деятельности медицинских организаций в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, утвержденным приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 928 н, а также мероприятий по организации проведения в Республике Калмыкия профилактических мероприятий по предупреждению и снижению смертности от острого нарушения мозгового кровообращения.

6.2. Проводить ежеквартально анализ эффективности реализации мероприятий по снижению смертности от ЦВБ, мониторинга реализации плана мероприятий по снижению смертности от ЦВБ и отдельных медико-демографических показателей.

6.3. Проводить разбор случаев летальных исходов пациентов с ОНМК (в том числе в непрофильных медицинских организациях, непрофильных отделениях) с привлечением профильных врачей специалистов.

7. Начальнику отдела кадрового обеспечения Минздрава РК Джамбиновой Е.А. оказать содействие в подготовке медицинских кадров по вопросам диагностики, лечения и реабилитации больных с болезнями системы кровообращения.

8. Начальнику отдела правового обеспечения и делопроизводства Минздрава РК Шевену Р.Н. довести настоящий приказ до руководителей подведомственных медицинских организаций.

9. Директору БУ РК «Медицинский информационно-аналитический центр» Очирову Д.Ю.:

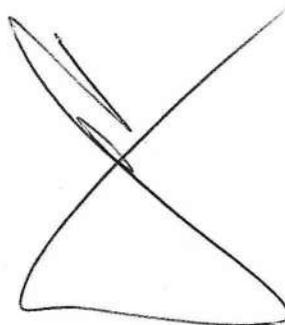
9.1. Обеспечить проведение мониторинга реализации мероприятий по снижению смертности от ЦВБ и отдельных медико-демографических показателей.

9.2. Разместить настоящий приказ на официальном сайте Минздрава РК.

10. Признать утратившими силу приказ Минздрава РК от 31.01.2023г. № 123 пр «Об организации оказания медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения в Республике Калмыкия».

11. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя Министра Г.В. Сарангову.

Министр



Б.А. Сараев

Регламент оказания медицинской помощи
пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения
на территории Республики Калмыкия

1.В Республике Калмыкия функционирует один Региональный сосудистый центр для больных с острым коронарным синдромом и острыми нарушениями мозгового кровообращения на базе БУ РК «Республиканская больница им. П.П. Жемчуева».

Муниципальные образования	Численность прикрепленного населения	Медицинская организация
Городовиковский район	13530	Госпитализация в Региональный сосудистый центр БУ РК «Республиканская больница им. П.П. Жемчуева»
Ики-Бурульский район	9519	
Лаганский район	18310	
Малодербетовский район	9207	
Октябрьский район	7730	
Кетченеровский район	8524	
Приютненский район	9437	
Сарпинский район	11043	
Целинный район	20276	
Черноземельский район	11985	
Юстинский район	8828	
Яшалтинский район	14353	
Яшкульский район	14859	
город Элиста	106882	
РК	264483	

Численность населения Республики Калмыкия составляет 264483 человека; численность взрослого населения (18 лет и старше) 200774 человек.

В состав РСЦ входит неврологическое отделение на 28 коек, в том числе 6 коек палаты интенсивной терапии (ПИТ).

Среднее время медицинской эвакуации пациента с ОНМК 2 часа.

Бригада скорой медицинской помощи доставляет пациентов с признаками ОНМК в РСЦ, минуя приемное отделение медицинской организации, непосредственно в кабинет компьютерной томографии (КТ), куда также вызывают врача невролога, либо в противошоковую палату стационарного отделения скорой медицинской помощи, предназначенную для незамедлительного осмотра и обследования тяжелых пациентов «красного цвета» в соответствии с сортировочной шкалой.

В учреждении имеются 2 компьютерных томографа (64 среза), располагающиеся на 1 этаже и 2 этаже «хирургического» корпуса. Стационарное отделение скорой медицинской помощи, компьютерные томографы, отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения располагаются в главном «хирургическом» корпусе; неврологическое отделение для больных с ОНМК расположено на 3 этаже «терапевтического» корпуса. Транспортировка пациентов с признаками ОНМК осуществляется по переходу, соединяющему два корпуса между собой.

В учреждении имеется одна ангиографическая установка, работающая в режиме 24/7/365, располагающаяся на 1 этаже, в переходе, соединяющем два корпуса «терапевтический» и «хирургический».

I. На догоспитальном этапе

1. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения (далее – ОНМК) оказывается выездными врачебными или фельдшерскими бригадами скорой медицинской помощи, в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 928н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» и от 05.07.2016 № 466н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром нарушении мозгового кровообращения».

2. Оказание медицинской помощи больным с ОНМК осуществляется в соответствии с маршрутизацией, утвержденной настоящим Приказом (приложение № 2).

Все пациенты с подозрением на ОНМК подлежат направлению в РСЦ с целью верификации диагноза и решения вопроса о дальнейшей тактике. В случае отказа пациента или его родственников от госпитализации, отказ оформляется в письменной форме в медицинской документации и осуществляется «активный выезд» в течение ближайших двух часов.

3.С целью выявления пациентов с предполагаемой окклюзией церебральной артерии и последующей медицинской эвакуации в специализированный стационар в дополнение к стандарту и клиническим рекомендациям при оказании медицинской помощи на догоспитальном этапе необходимо выполнить следующие действия:

- оценить уровень сознания;

- оценить выраженность неврологического дефицита на основании шкалы оценки выраженности неврологического дефицита по шкале LAMS при ясном сознании;

- при оглушении, сопоре, коме оценить уровень сознания по шкале Глазго;

- уточнить время начала заболевания (или время последнего контакта окружающих с пациентом, если точное время заболевания неизвестно);

4. Проведение других необходимых обследований согласно алгоритмам (пульсоксиметрия, определение уровня глюкозы крови, термометрия, измерение АД, регистрация ЭКГ и др.) или лечебных манипуляций не должно задерживать начало транспортировки пациента в стационар.

5. Медицинская эвакуация пациентов с признаками ОНМК производится первой бригадой, прибывшей на место вызова.

6. Бригада скорой медицинской помощи, производящая медицинскую эвакуацию пациента в стационар, должна:

- обеспечить коррекцию жизненно важных функций, проведение (при необходимости) реанимационных мероприятий;

- выбрать правильное положение пациента при транспортировке: пациенты с инсультом любой степени тяжести транспортируются только в положении лежа, с приподнятым на 30° изголовьем носилок;

- предварительно устно оповестить медицинскую организацию о поступлении пациента с признаками ОНМК с указанием приблизительного времени поступления.

7. Бригада скорой медицинской помощи доставляет пациентов с признаками ОНМК в РСЦ, минуя приемное отделение медицинской организации, непосредственно в кабинет компьютерной томографии (КТ), куда также вызывают врача невролога, либо в противошоковую палату стационарного отделения скорой медицинской помощи, предназначенную для незамедлительного осмотра и обследования тяжелых пациентов «красного цвета» в соответствии с сортировочной шкалой.

8. При появлении жизнеугрожающих состояний у пациентов с признаками ОНМК во время медицинской эвакуации необходимо транспортировать пациентов в ближайший стационар по витальным показаниям.

9. Алгоритм действий медицинского работника при оказании медицинской помощи пациенту с симптомами ОНМК на догоспитальном этапе осуществляется в соответствии с приложением № 1 к настоящему Регламенту ОНМК.

II. На госпитальном этапе

1. Руководителям медицинских организаций, участвующим в процессе оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК, необходимо обеспечить незамедлительный прием пациентов, доставленных бригадой скорой медицинской помощи, в кабинете КТ или МРТ, минуя приемное отделение.

2. Заключение по результатам проведения КТ или МРТ головного мозга передается дежурному врачу-неврологу отделения для лечения пациентов с ОНМК (далее - Отделение) в течение 40 минут от момента поступления больного с признаками ОНМК. Исключение составляют пациенты, у которых выявлено соответствие критериям отбора для проведения эндоваскулярного

вмешательства: возраст старше 18 лет, время от начала заболевания менее 6 часов, сумма баллов по шкале Рэнкина 0-1, инфаркт связанная окклюзия внутренней сонной артерии или проксимальных отделов средней мозговой артерии (M1 сегмент) по данным нейровизуализации (КТ или МРТ), балл по шкале ASPECTS > 6. В этом случае врач невролог оповещает службу рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения и направляют пациента, минуя ПИТ, непосредственно в отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения.

3. Дежурный врач-невролог:

- осматривает пациента с признаками ОНМК в противошоковой палате стационарного отделения скорой медицинской помощи, предназначенной для незамедлительного осмотра и обследования тяжелых пациентов «красного цвета» в соответствии с сортировочной шкалой или непосредственно в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии (БРИТ) отделения;

- оценивает состояние жизненно важных функций организма, общее состояние, неврологический статус пациента;

- по медицинским показаниям проводит мероприятия, направленные на восстановление нарушенных жизненно важных функций организма пациента с признаками ОНМК;

- организует выполнение электрокардиографии, забора крови для определения количества тромбоцитов, содержания глюкозы в периферической крови, международного нормализованного отношения, активированного частичного тромбопластинового времени. Результаты анализов должны быть получены в течение 20 минут с момента забора крови.

4. При подтверждении диагноза ОНМК вне зависимости от типа ОНМК в остром периоде заболевания, в том числе с транзиторными ишемическими атаками, пациенты направляются в палату (блок) реанимации и интенсивной терапии (БРИТ) отделения в срок не позднее 60 минут от момента поступления пациента в медицинскую организацию (за исключением случаев направления в отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения).

5. Длительность пребывания пациента с ОНМК в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии отделения определяется тяжестью состояния больного, но не может быть менее 24 часов, необходимых для определения патогенетического варианта ОНМК, тактики ведения и проведения мероприятий, направленных на предотвращение повторного развития ОНМК.

6. В палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии в течение 3 часов с момента поступления каждому пациенту с ОНМК проводят:

- оценку неврологического статуса, в том числе с использованием оценочных шкал (NIHSS; шкала комы Глазго и т.п.);

- оценку соматического статуса;

- оценку функции глотания;

- оценку нутритивного статуса;

- лабораторные исследования крови (развернутый общий анализ, биохимический анализ, коагулограмма) и общий анализ мочи;

- дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных сосудов; транскраниальное дуплексное сканирование;

- необходимые консультации;

- определение тактики ведения и назначение необходимых мероприятий, направленных на поддержание жизненно важных функций, а также начинают мероприятия, направленные на предотвращение повторного развития ОНМК.

7. В палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии отделения в течение всего срока пребывания каждому пациенту с ОНМК проводят:

- мониторинг неврологического и соматического статуса, включающий контроль за функцией сердечно-сосудистой, дыхательной системы и системы гомеостаза (не реже чем 1 раз в 4 часа, при необходимости чаще);

- мониторинг лабораторных показателей;

- мероприятия по предупреждению соматических осложнений и повторного развития ОНМК;

- оценку нутритивного статуса;

- раннюю медицинскую реабилитацию;

- при наличии медицинских показаний: транскраниальную микроэмболодетекцию, транскраниальное доплеровское мониторирование, трансторакальную эхокардиографию.

8. При установлении диагноза ишемического инсульта пациенту при наличии показаний и отсутствии противопоказаний и, если время от появления первых симптомов заболевания до начала лечения не превышает 4,5 часа, можно начать системную тромболитическую терапию в условиях БРИТ или непосредственно в кабинете КТ или МРТ.

9. Руководители медицинских организаций и руководители отделений рентгенологических методов исследования и эндоваскулярных методов диагностики и лечения должны проинструктировать персонал о мерах безопасности при проведении манипуляций в отделениях КТ или МРТ диагностики.

10. Вопрос о необходимости проведения церебральной ангиографии, интраартериальной тромболитической терапии (далее - ИАТТ), стентирования сосудов головного мозга, внутрисосудистой тромбэктомии (механическая тромбэкстракция и тромбаспирация) решают ответственный невролог, нейрохирург, врач по рентгенэндоваскулярным методам диагностики и лечения.

11. При решении вопроса в пользу проведения эндоваскулярного лечения тромболитическая терапия может продолжаться и при проведении тромбэкстракции, то есть не следует ожидать окончания тромболитической терапии для начала эндоваскулярного вмешательства.

12. После проведения эндоваскулярного лечения врач ПИТ обеспечивает выполнение повторного нейровизуализации через 24 часа для выявления возможных геморрагических осложнений.

13. Пациентам, у которых по заключению КТ/МРТ-исследования установлены признаки геморрагического инсульта, проводится консультация нейрохирурга в срок не позднее 60 минут с момента получения результатов КТ-исследования, по итогам которой консилиумом врачей (врач невролог, нейрохирург, в том числе при необходимости ГВС нейрохирург Минздрава РК) принимается решение о тактике лечения. При невозможности проведения очного консультирования нейрохирургом обязательное проведение

телемедицинской консультации, при необходимости в том числе ГВС нейрохирург Минздрава РК.

14. Пациентам со злокачественным инфарктом в бассейне средней мозговой артерии, при котором происходит отек инфарктной зоны, с дислокацией структур головного мозга с риском сдавления ствола головного мозга, что характерно для обширных форм ишемического инсульта (обычно не менее 50% мозговых структур) в первые 24 часа от начала развития заболевания проводится консультация нейрохирурга для принятия решения о тактике лечения.

15. При необходимости проведения пациенту с ОНМК искусственной вентиляции легких длительностью более 7 суток, при наличии сопутствующей патологии, влияющей на тяжесть состояния, пациент по решению консилиума врачей переводится в отделение интенсивной терапии и реанимации (общей реанимации) медицинской организации.

16. Мероприятия по предупреждению развития повторного ОНМК начинают не позднее 3 суток с момента развития ОНМК и включают медикаментозные и хирургические (при наличии медицинских показаний) методы лечения.

17. Комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций нервной системы вследствие ОНМК, в том числе кинезотерапию, бытовую реабилитацию, физиотерапию, медико-психологическую, педагогическую (включая логопедическую), медико-социальную помощь, проводятся бригадой специалистов физиотерапевтического отделения, стационарного отделения медицинской реабилитации для больных с нарушением ЦНС, включающей врача лечебной физкультуры, врача по медицинской реабилитации, врача-физиотерапевта, логопеда, инструктора по лечебной физкультуре, медицинского психолога, социального работника и, при наличии медицинских показаний, иных специалистов, с первого дня оказания медицинской помощи.

18. После окончания срока лечения в Отделении в стационарных условиях дальнейшая тактика ведения и медицинская реабилитация пациента с ОНМК определяется консилиумом врачей в зависимости от балла по шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ).

Применение шкалы реабилитационной маршрутизации (ШРМ) для пациентов: маршрутизация пациентов со значением ШРМ 2 - 3 балла - на третий этап медицинской реабилитации в БУ РК «Городская поликлиника», консультативная поликлиника БУ РК «Республиканская больница им. П.П. Жемчуева»; маршрутизация пациентов со значением ШРМ 3 - 4 - 5 баллов - на второй этап медицинской реабилитации в стационарное отделение медицинской реабилитации для больных с нарушением ЦНС БУ РК «Республиканская больница им. П.П. Жемчуева»; маршрутизация пациентов со значением ШРМ 4 - 6 баллов – при не эффективности проводимых реабилитационных мероприятий на втором этапе медицинской реабилитации; направляются в федеральные медицинские организации третьей и четвертой групп.

19. Пациенты с ОНМК при наличии медицинских показаний переводятся для проведения реабилитационных мероприятий в стационарное отделение медицинской реабилитации для пациентов с нарушением функций ЦНС.

20. Пациенты с ОНМК, имеющие существенно ограниченные физические или психические возможности и нуждающиеся в интенсивной симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе направляются в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь.

21. Медикаментозные методы лечения, направленные на предотвращение развития повторных ОНМК, продолжают непрерывно после завершения оказания медицинской помощи в стационарных условиях под наблюдением медицинских работников медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

22. Оценка тяжести пациентов с ОНМК определяется по Шкалам оценки в соответствии с приложением № 2 к настоящему Регламенту ОНМК.

Алгоритм действий медицинского работника при оказании медицинской помощи пациенту с симптомами ОНМК на догоспитальном этапе

Наряд № _____ от _____ г.

Подстанция _____ бригада № _____

1. Паспортная часть, анамнез:

Время получения вызова (чч:мм)	Время появления ОНМК - симптоматики (чч:мм)
Ф.И.О. (полностью, полных лет)	
Уровень сознания Ясное (15), оглушение (13-14), сопор (9-12), кома (3-8) баллов	

2. Обязательные показания для госпитализации в РСЦ для оказания высокотехнологичной помощи (при всех «да» п.2 и при всех «нет» п.3):

Да	Сроки развития от начала симптомов ОНМК менее 4 часов	Нет
Да	Выраженный неврологический дефицит в виде расстройства движений, речи, пареза лица, расстройства уровня сознания (более 4 баллов по шкале LAMS)	Нет
Да	Клинические признаки травматического / нетравматического субарахноидального или внутримозгового кровоизлияния	Нет

3. Вопросы больному с ОНМК или окружающим при сборе анамнеза (да, нет или неизвестно):

Да	Ранее перенесенный инсульт неизвестной этиологии	Нет	Неизвестно
Да	Перенесенные травма и оперативные вмешательства в течение последних 3-х месяцев	Нет	Неизвестно
Да	Любой давности: наличие сахарного диабета	Нет	Неизвестно
Да	Любой давности: наличие онкологического заболевания	Нет	Неизвестно
Да	Наличие признаков кровотечения или геморрагического диатеза (за исключением менструации)	Нет	Неизвестно
Да	Тяжелая неконтролируемая артер. гипертензия (более 220/120 мм рт ст)	Нет	Неизвестно
Да	Судорожный припадок как дебют инсульта	Нет	Неизвестно
Да	Прием антикоагулянтов непрямого действия (варфарин, ксарелто, прадакса, арикстра)	Нет	Неизвестно
Да	Злоупотребление алкоголем и/или курением	Нет	Неизвестно

4. Обязательные диагностические мероприятия: ЭКГ, глюкометрия, термометрия, мониторингирование.

5. Терапия согласно стандартам. Антигипертензивная терапия только при САД выше 200 мм.рт.ст.

6. При коме и угрозе аспирации таблетки не применять! Респираторная поддержка при всех ОНМК.

7. Профилактика отека головного мозга при всех ОНМК: придать положение с приподнятым на 30 ° изголовьем носилок.

8. Шкала оценки неврологического дефицита по LAMS:

Тесты	Результат теста	Баллы
Оценка лицевой мускулатуры		
1. Поднять брови 2. Показать зубы 3. Закрыть глаза 4. Зажмурить глаза	Нет асимметрии мимической мускулатуры (болевая гримаса на болевой стимул симметрична)	0 балл
	Отсутствие движений мимической мускулатуры в нижних отделах (или в верхних и нижних отделах) лица с одной стороны (несимметричная гримаса на болевой стимул)	1 балл
Оценка двигательных нарушений		
1. Сидя вытянуть руки на 90° и подержать. 2. Лежа вытянуть руки на 45° и подержать.	Руки удерживает без опускания	0 балл
	Одна рука медленно опускается, но производит сопротивление силе тяжести	1 балл
	Одна рука быстро падает без сопротивления силе тяжести	2 балла
Оценка мышечной силы		
Сжать указательный и средний пальцы в кулаке	Сжимает симметрично, сила не снижена	0 балл
	С одной стороны сжимает слабее	1 балл
	С одной стороны не сжимает, движения в кисти отсутствуют	2 балла

Фамилия врача РСЦ, консультировавшего по телефону (если была консультация)

ФИО, подпись врача (фельдшера) _____

Шкалы для проведения оценки тяжести пациентов с ОНМК

1. Шкала догоспитальной оценки тяжести ОНМК LAMS (Лос-Анджелесская шкала моторного дефицита)

Тесты	Результаты теста		Баллы
	Двигательные	Речевые	
Открывание глаз	Нет ответа	Нет ответа	1
Глаза остаются закрытыми	Нет ответа	Нет ответа	1
На боль	Патологическое разгибание	Нечленораздельные звуки	2
На голос	Патологическое сгибание	Ответ не соответствует вопросу по смыслу	3
Спонтанное	Отдергивание конечности	Больной дезориентирован	4
	Отгалкивание раздражителя	Больной полностью ориентирован	5
	Движения по команде	-	6
Оценка мышечной силы			
Сжать указательный и средний пальцы в кулаке	Сжимает симметрично, сила не снижена		0
	С одной стороны сжимает слабее		1
	С одной стороны не сжимает, движения в кисти отсутствуют		2

Таким образом, результат может быть от 3 до 15 баллов, чем ниже число баллов, тем тяжелее расстройство сознания:

- 13-14 баллов - оглушение характеризуется сонливостью, нарушением внимания, утратой связанности мыслей или действий;

- 9-12 баллов - сопор глубокое угнетение сознания с сохранностью координированных защитных реакций и открывания глаз на сильные раздражители (звуковые, болевые и др.);

- 7-8 баллов - кома поверхностная I степени разбудить больного невозможно, на болевые раздражения реагирует беспорядочными движениями, не локализуя боль;

- 5-6 баллов - кома глубокая II степени пациент не отвечает двигательными реакциями на болевые раздражения;

- 3-4 балла - кома атоническая III степени полное отсутствие реакций даже на сильное болевое раздражение (атония, арефлексия, нарушено или отсутствует дыхание, возможно угнетение сердечной деятельности).

2. Шкала инсульта национального института здоровья (NIHSS) проводится для определения уровня неврологического дефицита после инсульта

Высокая оценка соответствует более тяжелому инсульту, даже если он не выявляется при ранней нейровизуализации. Эта шкала применяется для оценки состояния пациентов после тромболизиса или антикоагулянтной терапии. Оценка по данной шкале должна проводиться для всех пациентов с инсультом с ее помощью можно оценить изменение состояния пациента.

Уровень сознания	Оценка
В сознании, четко отвечает на вопросы	0
Сонлив, но реагирует даже на минимальный стимул - команду, вопрос	1
Реакция только в виде двигательных или вегетативных рефлексов или полная арефлексия	2
Уровень сознания: ответы на вопросы. Пациента просят назвать месяц года и свой возраст	
Правильные ответы на оба вопроса или наличие языкового барьера	0
Правильный ответ на один вопрос	1
Неправильные ответы на оба вопроса или не может ответить	2
Уровень сознания: выполнение команд, пациента просят закрыть глаза и сжать кулак	
Правильные ответы на оба вопроса или наличие языкового барьера	0
Правильный ответ на один вопрос	1
Неправильные ответы на оба вопроса или не может ответить	2
Движения глазных яблок	
Полный объем движений	0
Частичный паралич взора или изолированный паралич	1
Фиксированная девиация глазных яблок или полный паралич взора, непреодолимый с помощью приема «глаз куклы».	2
Поля зрения: исследуется в каждом поле с помощью движений пальцами, которые исследователь выполняет одновременно с обеих сторон.	
Норма или давняя слепота	0
Асимметрия или частичная гемианопсия	1
Полная гемианопсия	2
Билатеральная гемианопсия или кома	3
Паралич лицевой мускулатуры	
Нет или седация	0
Минимальный (только сглаженность носогубной складки)	1
Частичный (нижняя половина лица)	2
Полный (вовлечена вся половина лица) или кома	3
Движения в левой руке: пациент удерживает вытянутую руку под углом 90°	
Пациент удерживает руку под углом 90° в течение 10 секунд, отек или ампутация	0
Пациент вначале удерживает руку в заданном положении, рука начинает опускаться до истечения 10 секунд	1
Пациент удерживает руку под углом 90° в течение 10 секунд, отек или ампутация	0
Пациент не удерживает руку в заданном положении в течение 10 секунд, но все же несколько удерживает ее против силы тяжести	2
Рука падает сразу, пациент не может преодолеть силу тяжести	3
Нет движений	4

Движения в правой руке: пациент удерживает вытянутую руку под углом 90°	
Пациент удерживает руку под углом 90° в течение 10 секунд, отек или ампутация	0
Пациент вначале удерживает руку в заданном положении, рука начинает опускаться до истечения 10 секунд	1
Пациент не удерживает руку в заданном положении в течение 10 секунд, но все же несколько удерживает ее против силы тяжести	2
Рука падает сразу, пациент не может преодолеть силу тяжести	3
Нет движений	4
Движения в левой ноге: пациент поднимает ногу на 30° в течение 5 секунд	
Пациент удерживает ногу в заданном положении в течение 5 секунд, отек или ампутация	0
Нога опускается до промежуточного положения к концу 5 секунды	1
Нога падает в течение 5 секунд, но пациент все же несколько удерживает ее против силы тяжести	2
Нога падает сразу пациент не может преодолеть силу тяжести	3
Движения в правой ноге: пациент поднимает ногу на 30° в течение 5 секунд	
Пациент удерживает ногу в заданном положении в течение 5 секунд, отек или ампутация	0
Нога опускается до промежуточного положения к концу 5 секунды	1
Нога падает в течение 5 секунд, но пациент все же несколько удерживает ее против силы тяжести	2
Нога падает сразу, пациент не может преодолеть силу тяжести	3
нет движений	4
ИТОГ:	
Речь: оценивается при назывании стандартных картинок оценка	
Нормальная	0
Легкие или средней степени тяжести ошибки в назывании, подборе слов или парафазии	1
тяжелая: полная афазия Брока (моторная) или Вернике (сенсорная)	2
Мутизм, или тотальная афазия, или кома	3
Дизартрия	
Нет	0
Легкая или средней степени невнятность речи, пациента можно понять	1
Выраженная дизартрия (речь невнятная, неразборчивая)	2
Атаксия в конечностях: пальценосовая и пяточно-коленная пробы	
Нет (нет движений в конечностях), невозможно оценить	0
Атаксия имеется в одной конечности	1
Атаксия в двух конечностях	2
Чувствительность: исследуется с помощью булавки, если уровень сознания снижен, оценивается только при наличии гримасы или асимметричного отдергивания	
Нормальная, седация или ампутация	0
Легкая и умеренная. Пациент чувствует укол менее остро, но осознает прикосновение	1
Значительная или полная утрата чувствительности, не осознает прикосновения	2
Синдром «отрицания» (игнорирование)	
Нет или седация	0
Зрительное, тактильное или слуховое игнорирование половины пространства	1
Глубокое игнорирование половины пространства по двум и более модальностям	2

ИТОГ:	
-------	--

Благоприятный прогноз после инсульта определяется при сумме баллов менее 10 по шкале NIHSS оценки тяжести инсульта. При сумме более 20 баллов прогноз определяется как неблагоприятный. Такая оценка имеет большое значение для назначения того или иного курса лечебной терапии и реабилитации. В частности, наличие неврологического дефицита, который определяется при сумме баллов выше 3-5 баллов, назначается тромболитическая терапия. При сумме баллов более 25 неврологический дефицит оценивается как тяжелый. При этом тромболитическая считается неэффективной, поскольку уже не может воспрепятствовать инвалидизации и повлиять на исход заболевания.

3. Стандартизированное скрининговое тестирование функции глотания

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

Пациент бодрствует или может быть разбужен? Реагирует на обращение?	да	нет
Может ли пациент быть посажен? Может ли сидя контролировать положение головы?	да	нет
Если вы ответили «нет» хотя бы на 1 вопрос - остановитесь и не приступайте к тестированию Производите повторные оценки каждые 24 часа. Обсудите вопросы питания и гидратации с врачами.		
Может ли пациент покашлять, если его попросить об этом?	да	нет
Может ли пациент контролировать слюну: вовремя проглатывать, не допускать истечение слюны изо рта?	да	нет
Может ли пациент облизать губы?	да	нет
Может ли пациент свободно дышать?	да	нет
Если ответы на 3-6 вопросы «да» - переходите к тестированию Если на любой из вопросов вы ответит «нет»- обратитесь за консультацией к специалисту по глотанию (логопеду).		

Голос пациента влажный или хриплый?	да а Обратитесь к специалисту по глотанию	нет приступайте к тестированию Если сомневаетесь, обсудите со специалистом по глотанию и/или врачом.
Лист заполнил(а): _____		
Дата: « » 20__ Время: ____ час. Подпись _____		

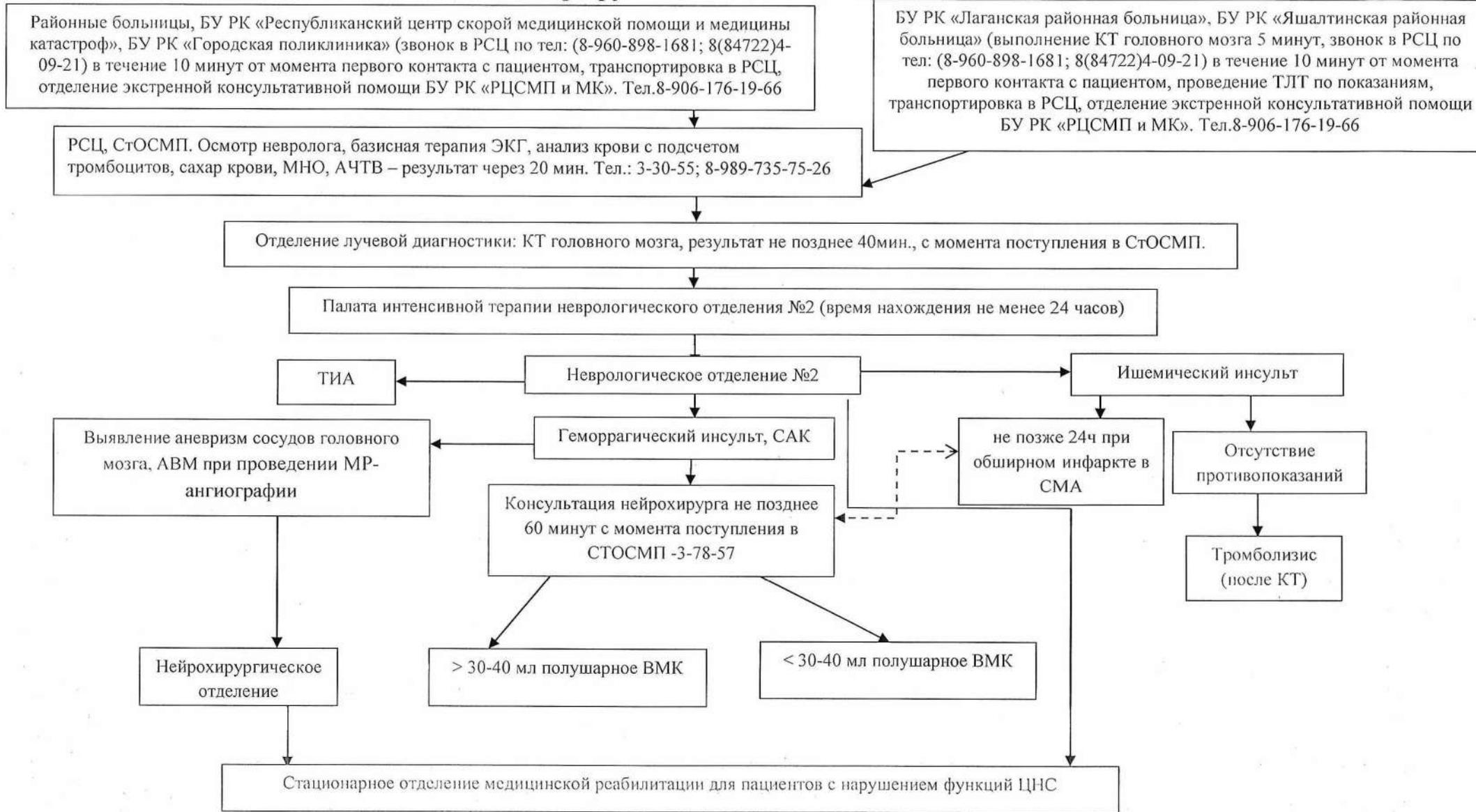
4. Индекс мобильности Ривермид

Значение индекса соответствует баллу, присвоенному вопросом, на который врач может дать положительный ответ в отношении пациента. Значение индекса мобильности Ривермид может составлять от 0 (невозможность самостоятельного выполнения каких-либо произвольных движений) до 15 (возможность пробежать 10 м).

Навык	Вопрос
Повороты в кровати	Можете ли вы повернуться со спины на бок без посторонней помощи?
Переход из положения лежа в положение сидя	Можете ли вы из положения лежа самостоятельно сесть на край постели?
Удержание равновесия в положении сидя	Можете ли вы сидеть на краю постели без поддержки в течение 10 секунд?
Переход из положения сидя в положение стоя	Можете ли вы встать (с любого стула) менее чем за 15 секунд и удерживаться в положении стоя около стула 15 секунд (с помощью рук или, если требуется, с помощью вспомогательных средств)?
Стояние без поддержки	Наблюдает как больной без опоры простоят 10 секунд
Перемещение	Можете ли вы переместиться с постели на стул и обратно без какой-либо помощи?
Ходьба по комнате, в том числе с помощью вспомогательных средств, если это необходимо	Можете ли вы пройти 10 м. используя при необходимости вспомогательные средства, но без помощи постороннего лица?
Подъем по лестнице	Можете ли вы подняться по лестнице на один пролет без посторонней помощи?
Ходьба за пределами квартиры (по ровной поверхности)	Можете ли вы ходить за пределами квартиры, по тротуару без посторонней помощи?
Ходьба по комнате без применения вспомогательных средств	Можете ли вы пройти 10 м в пределах квартиры без костыля, протеза и без помощи другого лица?
Поднятие предметов с пола	Если вы уронили что-то на пол, можете ли вы пройти 5 м. поднять предмет, который вы уронили, и вернуться обратно?

Ходьба за пределами квартиры (по неровной поверхности)	Можете ли вы без посторонней помощи ходить за пределами квартиры по неровной поверхности (трава, гравий, снег и т.п.)?
Прием ванны	Можете ли вы войти в ванну (душевую кабину) и выйти из нее без присмотра, вымыться самостоятельно?
Подъем и спуск на 4 ступени	Можете ли вы подняться на 4 ступени и спуститься обратно, не опираясь на перила, но при необходимости используя вспомогательные средства?
Бег	Можете ли вы пробежать 10 м не прихрамывая за 4 секунды (допускается быстрая ходьба)?
Итог:	

Схема маршрутизации больных с ОНМК в РК



Алгоритм проведения тромболизиса больным с ОНМК

1. Осмотр больного неврологом в приёмном отделении в течение 5 мин.
2. В случае поступления больного с инсультом в период «терапевтического окна» (от 0 до 4,5 часов с момента дебюта) в возрасте от 18 лет до 80 лет определить вид инсульта.
3. Инструментальная диагностика: КТ головного мозга, ЭКГ.
4. Лабораторная диагностика: ОАК, глюкоза крови, МНО, аЧТВ.
5. Если нет геморрагического инсульта, субарахноидального кровоизлияния, мультилобулярного инфаркта по данным КТ головного мозга, необходимо исключить противопоказания к проведению тромболитической терапии (Систолическое АД более 180 мм рт.ст.; Диастолическое АД более 110 мм рт.ст.; Подозрение на расслоение аорты (разница АД на обеих руках более 15 мм рт.ст.); Перенесённый инсульт или наличие внутричерепного новообразования; Черепно-мозговая травма в течение предыдущих 3 месяцев; Травма или хирургическое вмешательство (включая лазерную офтальмологическую коррекцию) в течение предыдущих 6 недель; Внутреннее кровотечение; Обострение язвенной болезни; Диабетическая геморрагическая ретинопатия или другое геморрагическое поражение глаз; Геморрагический диатез или приём антикоагулянтов; Беременность; Серьёзное соматическое заболевание (в частности, тяжёлое нарушение функции печени, почек, терминальная стадия опухолевого заболевания).
6. Транспортировка пациента в палату интенсивной терапии, установить назогастральный зонда, уретральный катетер.
7. Оценить данные лабораторных исследований.
8. Провести системного (внутривенного) тромболизиса, если больной находится в «терапевтическом окне» от 0 — 3 часов согласно лечебному протоколу внутривенного тромболизиса.
9. В случае возникновения кровотечения остановить проведение тромболизиса, провести КТ головного мозга cito
10. В случае возникновения интракраниального кровотечения вызвать нейрохирурга.
11. В случае возникновения экстракраниального кровотечения вызвать дежурного хирурга.

Лечебный протокол внутривенного тромболизиса

- Оценивать витальные функции (частоту пульса и дыхания, сатурацию крови кислородом, температуру тела) и неврологический статус с оценкой по шкале NIHSS каждые 15 минут в процессе введения альтеплазы, каждые 30 минут в последующие 6 часов и каждый час до истечения 24 часов после введения препарата.

- Контролировать АД каждые 15 минут в первые 2 часа, каждые 30 минут последующие 6 часов и каждый час до истечения 24 часов после введения препарата.

- Измерять АД каждые 3-5 минут при систолическом АД выше 180 мм.рт.ст. или диастолическом выше 105 мм.рт.ст. и назначить антигипертензивные препараты для поддержания его ниже этих пределов.

- Контролировать и корректировать уровень глюкозы на рекомендуемом уровне.

- Воздержаться от использования назогастральных зондов, мочевых, внутрисосудистых катетеров в первые сутки после ТЛТ (при необходимости установка их до ТЛТ).

- При наружных кровотечениях применять давящие повязки.

- Следить за признаками появления крови в моче, кале, рвотных массах.

- Если у пациента повысилось АД, появилась сильная головная боль, тошнота или рвота, прекратить введение альтеплазы и срочно провести повторную КТ мозга.

- Пациент должен соблюдать постельный режим и воздержаться от еды в течении 24 часов.

- Повторные нейровизуализационные исследования (КТ или МРТ головного мозга) необходимо провести через 24 часа или ранее при ухудшении состояния пациента.

- Из-за высокого риска геморрагических осложнений следует избегать назначения антиагрегантов и антикоагулянтов первые 24 часа! после проведения ТЛТ.

- Перед назначением антикоагулянтов и антиагрегантов у пациентов после ТЛТ необходимо проведение КТ\МРТ головного мозга для исключения геморрагических осложнений.

Алгоритм медицинской эвакуации при остром нарушении мозгового кровообращения

Медицинская эвакуация (далее МЭ) больных при остром коронарном синдроме в Региональный сосудистый центр (далее РСЦ) осуществляется:

- бригадами отделений скорой медицинской помощи районных больниц;
- бригадами БУ РК «Республиканский центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф» (далее – РЦСМП и МК).

Медицинская эвакуация может осуществляться наземным и воздушным транспортом.

Медицинская эвакуация может осуществляться с места нахождения пациента (вне медицинской организации), а также из медицинской организации (далее МО).

Решение о необходимости МЭ принимает:

а) с места нахождения пациента (вне медицинской организации) - старший медицинский работник выездной бригады СМП, на основании дистанционного консультирования специалистами РСЦ;

б) из МО - руководитель (заместитель руководителя по лечебной работе) или дежурный врач (за исключением часов работы руководителя, заместителя руководителя по лечебной работе) медицинской организации, по представлению лечащего врача и заведующего отделением или ответственного медицинского работника смены (за исключением часов работы лечащего врача и заведующего отделением) на основании дистанционного телеконсультирования со специалистами РСЦ и после решения врачебной комиссии о переводе в РСЦ.

Подготовка пациента, находящегося на лечении в МО к МЭ проводится медицинскими работниками указанной МО и включает все необходимые мероприятия для обеспечения стабильного состояния пациента во время МЭ в соответствии с тяжестью заболевания (состояния), предполагаемой длительности МЭ на автомобиле скорой медицинской помощи класса С или вертолетом.

При отсутствии в МО сил и средств, необходимых для медицинской эвакуации, возможно проведение МЭ силами и средствами РЦСМП и МК.

Во время осуществления МЭ медицинские работники выездной бригады СМП осуществляют мониторинг состояния функций организма пациента и оказывают ему необходимую медицинскую помощь.

По завершении МЭ старший медицинский работник выездной бригады СМП, передает пациента в РСЦ и информирует медицинского работника, ответственного по приему вызовов СМП.

Предэвакуационная подготовка проводится под руководством врача-консультанта с учётом состояния пациента с целью минимизации риска эвакуации и включает в себя мероприятия по обеспечению основных витальных функций во время эвакуации.

Медицинский работник, осуществляющий МЭ несёт полную ответственность за состояние пациента в период МЭ.

Медицинский работник, осуществляющий МЭ, передает пациента врачу РСЦ с переводным эпикризом и картой МЭ.

МЭ пациентов, нуждающихся в экстренном лечении в МО, расположенных за пределами Республики Калмыкия, проводится силами и средствами РЦСМП и МК.

Сопровождение больного родственниками возможно с согласия медицинского работника, осуществляющего МЭ.

Маршрутизация пациентов со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий

1. Перечень медицинских организаций, проводящих выявление стенотического поражения экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий методами скринингового ультразвукового обследования и/или компьютерно-томографической ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий, оказывающих: БУ РК «Городская поликлиника», БУ РК «Республиканская больница им. П.П. Жемчуева», БУ РК «Кетченеровская районная больница».

2. Медицинская организация, оказывающая специализированную медицинскую помощь пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий: БУ РК «Республиканская больница им. П.П. Жемчуева».

3. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий на этапе первичной медико-санитарной помощи:

- ✓ Скрининговое ультразвуковое обследование брахиоцефальных артерий с целью выявления окклюзионно-стенотического поражения брахиоцефальных артерий.
- ✓ При выявлении по данным скринингового ультразвукового обследования окклюзионно-стенотического поражения экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий при необходимости направляется БУ РК «Республиканская больница им. П.П. Жемчуева» для проведения компьютерно-томографической ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий.
- ✓ При выявлении у пациентов показаний для проведения оперативного вмешательства по данным обследования пациент направляется на госпитализацию в БУ РК «Республиканская больница им. П.П. Жемчуева».

4. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий на этапе оказания стационарной медицинской помощи:

- ✓ Скрининговое ультразвуковое обследование брахиоцефальных артерий с целью выявления окклюзионно-стенотического поражения брахиоцефальных артерий.
- ✓ При выявлении во время стационарного лечения по данным скринингового ультразвукового обследования окклюзионно-стенотического поражения экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий при необходимости проводится компьютерно-томографическая ангиография брахиоцефальных и церебральных артерий.

- ✓ При выявлении у пациентов, находящихся на стационарном лечении в БУ РК «Республиканская больница им. П.П. Жемчуева», показаний к проведению оперативного вмешательства, рекомендовано проведение такого лечения на месте.
- ✓ При выявлении у пациентов, находящихся на стационарном лечении в медицинских организациях, не имеющих в своей структуре отделения, оказывающего специализированную медицинскую помощь пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий хирургическими методами, показаний к проведению оперативного вмешательства, рекомендовано направление пациентов в БУ РК «Республиканская больница им.П.П. Жемчуева».

5. Контакты:

главный внештатный специалист сердечно-сосудистый хирург Минздрава РК Оджаев Чимид Геннадьевич, тел. 8(961)540-20-02;

главный внештатный специалист по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению Минздрава РК Насунова Светлана Климовна, тел. 8(905)400-59-67

Список ответственных лиц

1.	БУ РК «Городовиковская районная больница»	Босхамджиева В.Ю.
2.	БУ РК «Ики – Бурульская районная больница»	Гаряева А.И.
3.	БУ РК «Кетченеровская районная больница»	Бадма-Горяев О.В.
4.	БУ РК «Лаганская районная больница»	Шарапов Н.М.
5.	БУ РК «Малодербетовская районная больница»	Сулукова Е.Б.
6.	БУ РК «Октябрьская районная больница»	Эльдеев В.Ц.
7.	БУ РК «Приютненская районная больница»	Чубова Л.В.
8.	БУ РК «Сарпинская районная больница»	Джамаев О.В.
9.	БУ РК «Черноземельская районная больница им. У. Душана»	Петяева З.Ю.
10.	БУ РК «Юстинская районная больница»	Теблеев Ц.М.
11.	БУ РК «Яшалтинская районная больница»	Нагаев Р.Т.
12.	БУ РК «Яшкульская районная больница»	Каншаева С.В.
13.	БУ РК «Республиканский центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф»	Хулхачиева К.Н.
14.	БУ РК «Городская поликлиника»	Найминов Б.И.
15.	БУ РК «Республиканская больница им. П.П. Жемчуева»	Чумпинова С.Ю.