

ПРИКАЗ

«20» 02 2024г.

№ 359

г. Элиста

«Об организации оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК в БУ РК
«Республиканская больница им. П.П. Жемчуева»

В соответствии с приказом Минздрава Республики Калмыкия от 14.02.2024 г №152пр «Об организации оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Республике Калмыкия», в целях реализации региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и снижения смертности от инсульта в БУ РК «Республиканская больница им. П.П. Жемчуева»,

Приказываю:

1. Принять к исполнению приказ Минздрава Республики Калмыкия от 14.02.2024 г №152пр «Об организации оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Республике Калмыкия».
2. Заместителю главного врача по медицинской части обеспечить регламент оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения.
3. Руководителю РСЦ, заведующей стационарным отделением скорой медицинской помощи обеспечить неукоснительное соблюдение маршрутизации пациентов с ОНМК.
4. Руководителю РСЦ обеспечить:
 - 4.1. Методическую и консультативную помощь медицинским организациям по применению приказа Минздрава РК от 14.02.2024 г №152пр и маршрутизации пациентов с ОНМК.
 - 4.3. Дистанционное консультирование пациентов с ОНМК на догоспитальном и госпитальном этапах оказания медицинской помощи в круглосуточном режиме.
 - 4.4. Круглосуточную работу отделений рентгенохирургических методов диагностики и лечения, а также необходимыми расходными материалами и лекарственными средствами в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации и клиническими рекомендациями (протоколами лечения).
 - 4.5. Проводить ежеквартально анализ эффективности реализации мероприятий по снижению смертности от ОНМК, а также достигнутых результатов.
5. Начальнику отдела кадров ознакомить с приказом.
6. Считать утратившим силу приказ от 01.03.2023г №406.
7. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части.

Главный врач

 Чумпинова С.Ю.

Регламент
оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения в БУ РК «РБ им. П.П. Жемчуева»

1. 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.

Заведующие отделениями, участвующими 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 микроэмболдетекцию, 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. Заведующие 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 тромбоаспирация) 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 МЗ 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 к настоящему Регламенту ОНМК.

Приложение
к Регламенту ОНМК

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 | |
| Открытие глаз | Двигательные | Речевые | 1 |
| Глаза остаются закрытыми | Нет ответа | Нет ответа | |
| На боль | Патологическое разгибание | Нечленораздельные звуки | 2 |
| На голос | Патологическое сгибание | Ответ не соответствует вопросу по смыслу | 3 |
| Спонтанное | Отдергивание конечности | Больной дезориентирован | 4 |
| | Отталкивание 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 связности 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 простоит 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 | Можете ли вы пройти 10 м. используя при необходимости |

| | |
|--|---|
| вспомогательных средств, если это необходимо | 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)? |
| Итого: | |

Приложение №3
к приказу БУ РК «РБ им. П.П. Жемчуева»
от «__» _____ 2024г. № _____

Алгоритм проведения тромболитизиса 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 внутримозгового 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 зонд, уретральный катетер.
7. Оценить данные лабораторных исследований.
8. Провести системного (внутривенного) тромболитизиса, если больной находится в «терапевтическом окне» от 0 — 3 часов согласно лечебному протоколу внутривенного тромболитизиса.
9. В случае возникновения кровотечения остановить проведение тромболитизиса, 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 тромболитика

- 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.

Приложение №4
к приказу БУ РК «РБ им. П.П. Жемчужев»
от «__» _____ 2024г. № _____

Маршрутизация пациентов со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий

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».

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

Маршрутизация больных с ОНМК в РК

