

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я

03.08.2012 № 602

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ
ПРОТОКОЛ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ (екстрена,
первинна, вторинна (спеціалізована)
медична допомога, медична реабілітація)**

2012

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

АБ	Альфа - адреноблокатори
АГ	Артеріальна гіпертензія
АК	Антагоністи кальцію (Блокатори кальцієвих каналів)
АСК	Ацетилсаліцилова кислота
АТ	Артеріальний тиск
АЧТЧ	Активований частково тромбопластиновий час
ББ	Бета-адреноблокатори
БКК	Блокатори кальцієвих каналів (Антагоністи кальцію)
БРА	Блокатори рецепторів ангіотензину II
ВООЗ	Всесвітня Організація охорони здоров'я
ВСА	Внутрішня сонна артерія
ВЧТ	Внутрішньочерепний тиск
ГЕБ	Гематоенцефалічний бар'єр
ГЛШ	Гіпертрофія лівого шлуночка
ГПМК	Гостре порушення мозкового кровообігу
ДАТ	Діастолічний артеріальний тиск
ЕКГ	Електрокардіографія
ЕхоКГ	Ехокардіографія
ЗАК	Загальний аналіз крові
ЗАС	Загальний аналіз сечі
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ЗХС	Загальний холестерин
ЗЧЯ	Задня черепна ямка
ІАПФ	Інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту
І	Ішемічний інсульт
ІМ	Інфаркт міокарда
ІМТ	Індекс маси тіла
ІРП	Індивідуальна реабілітаційна програма
ІСАГ	Ізольована систолічна артеріальна гіпертензія
ІХС	Ішемічна хвороба серця
КН	Клінічні настанови
КТ	Комп'ютерна томографія
ЛЗП	Лікар загальної практики
ЛПМД	Локальний протокол медичної допомоги
ЛФК	Лікувальна фізкультура
ЛШ	Лівий шлуночок
МАУ	Мікроальбумінурія
МДК	Мультидисциплінарна команда
МІ	Мозковий інсульт
МНВ	Міжнародний нормоване відношення (INR)
МРТ	Магнітна резонансна томографія
МС	Метаболічний синдром

МСКТ ОГК	Мультиспіральна комп'ютерна томографія органів грудної клітини
НСПЗЗ	Нестероїдні протизапальні засоби
НЧР	Нічого через рот (аббревіатура)
ОТ	Обхват талії
ОЦК	Об'єм циркулюючої крові
ПМСД	Первинна медико-санітарна допомога
ПМА	Передня мозкова артерія
ПТІ	Протромбінний індекс
рТАП	Рекомбінантний тканинний активатор плазміногену
САТ	Систолічний артеріальний тиск
СМД	Стандарти медичної допомоги
ССР	Серцево-судинні ризики
сТЛТ	Системна тромболітична терапія
СМА	Середня мозкова артерія
Т тіла	Температура тіла
ТГВ	Тромбоз глибоких вен
ТД	Тіазидний діуретик
ТЕЛА	Тромбоемболія легеневої артерії
ТІА	Транзиторна ішемічна атака
УЗД	Ультразвукова доплерографія
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ФР	Фактори ризику
ХА	Хребтова артерія
ХНН	Хронічна ниркова недостатність
ХСН	Хронічна серцева недостатність
ЦВЗ	Цереброваскулярні захворювання
ЦВТ	Центральний венозний тиск
ЦД	Цукровий діабет
ЦПБ	Центральний післяінсультний біль
ЦПТ	Центральний перфузійний тиск
ЧСС	Частота серцевих скорочень
ШМД	Швидка медична допомога
в/в	Внутрішньовенно
п/ш	Підшкірно
GUSS	Шкала оцінки функції ковтання
NIHSS	Шкала тяжкості інсульту інститутів здоров'я США
SpO₂	Насичення гемоглобіну киснем (у %)

А.1. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

А.1.1. Діагноз: Гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК)

А.1.2. Код МКХ:

I64 Інсульт, не уточнений як крововилив чи інфаркт

I63 Інфаркт головного мозку

А.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.

А.1.4. Мета протоколу: організація надання медичної допомоги пацієнтам з гострим порушенням мозкового кровообігу, зменшення смертності та інвалідності внаслідок цього захворювання.

А.1.5. Дата складання протоколу: 2012 рік.

А.1.6. Дата наступного перегляду: 2015 рік.

А.1.7. Розробники:

Хобзей М.К.	Голова мультидисциплінарної робочої групи, директор Департаменту лікувально-профілактичної допомоги МОЗ України, д.мед.н.
Міщенко Т.С.	Заступник голови з клінічних питань, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Неврологія», головний спеціаліст-координатор НАМН України за напрямом «Неврологія і психіатрія», завідувач відділення судинної патології головного мозку ДУ «Інституту клінічної та експериментальної неврології і психіатрії Національної академії медичних наук України», д.мед.н., професор
Вершигора А.В.	Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України - координатор груп спеціальності «Медицина невідкладних станів», головний лікар Київської міської станції швидкої медичної допомоги, заслужений лікар України
Матюха Л.Ф.	Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України - координатор груп спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина», доцент кафедри сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.мед.н.
Нетяженко В.З.	Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України - координатор груп спеціальності «Терапія», декан медичного факультету №2, завідувач кафедрою пропедевтики внутрішніх хвороб №1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, член-кор.

	Національної академії медичних наук України, д.м.н., професор
Дударь Л.В.	Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Лікувальна фізкультура і спортивна медицина», завідувач кафедри фізичної реабілітації та спортивної медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.мед.н., професор
Педаченко Є.Г.	Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Нейрохірургія», керівник відділу нейротравми ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», академік Національної академії медичних наук України, д.мед.н., професор
Швець О.В.	Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дієтологія», директор ДП "Державний науково-дослідний центр з проблем гігієни харчування МОЗ України», доцент кафедри внутрішньої медицини №1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, к.мед.н.
Божко Л.І.	Заступник головного лікаря з медичної роботи Київської міської станції швидкої медичної допомоги
Величко С.О.	Асистент кафедри загальної практики-сімейної медицини Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, к.мед.н.
Гуляєва М.В.	Виконавчий директор Всеукраїнської громадської організації «Українська асоціація боротьби з інсультом»
Зозуля Ю.П.	Директор ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», президент Української Асоціації Нейрохірургів, академік Національної академії наук та Національної академії медичних наук, д.мед.н., професор
Костюк М.Р.	Ст.н.с. відділення судинної нейрохірургії ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», к.мед.н.
Мехедько О.А.	Заступник головного лікаря Полтавської центральної районної лікарні
Острополец Н.А.	Завідувач сектору розвитку служби крові та лабораторної справи Департаменту лікувально-профілактичної допомоги МОЗ України

Парій В.Д.	Професор кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я по підвищенню кваліфікації керівних кадрів Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, д.мед.н., професор
Прокопів М.М.	Доцент кафедри неврології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, к.мед.н.
Титова Т.А.	Доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, к.мед.н.
Фломін Ю.В.	Завідуючий інсультним центром клініки «Оберіг», доцент кафедри менеджменту та економіки в сімейній медицині Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, к.мед.н.
Шуляк В.І.	Заступник головного лікаря Житомирської центральної районної лікарні

Методичне керівництво та координація діяльності мультидисциплінарної робочої групи

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

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Ліщишина О.М.	Директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.мед.н, ст.н.с.
Горох Є.Л.	Начальник Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.т.н.
Кравець О.М.	Начальник Відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»
Шилкіна О.О.	Начальник Відділу методичного забезпечення нових технологій в охороні здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»

Адреса для листування: Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», м. Київ. Електронна адреса: omlstand@gmail.com.

Електронну версію документу можна завантажити на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я: <http://www.moz.gov.ua> та на http://www.pharma-center.kiev.ua/view/b_smd.

Рецензенти:

- | | |
|----------------|--|
| Московко С. П. | Завідувач кафедри нервових хвороб з курсом нейрохірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, д.мед.н., доцент |
| Зозуля І.С. | Проректор з наукової роботи, завідувач кафедри медицини невідкладних станів Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, д.мед.н., професор |
| Боброва В.І. | Професор кафедри медицини невідкладних станів Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, д.мед.н., професор |

Перегляд – 2015

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

Основною метою даного уніфікованого клінічного протоколу було створення єдиної комплексної та ефективної системи надання медичної допомоги пацієнтам з ішемічним інсультом.

Даний УКПМД є комплексним протоколом медичної допомоги пацієнтам з гострими порушеннями мозкового кровообігу (діагноз за МКХ – І 64 Інсульт, не уточнений як крововилив чи інфаркт) з подальшою верифікацією діагнозу – Ішемічний інсульт (діагноз за МКХ – І 63 Інфаркт головного мозку); а саме, екстрена медична допомога, первинна медична допомога (догоспітальний етап), вторинна (спеціалізована) медична допомога та етап після виписки пацієнта із стаціонару (надання медичної допомоги та медична реабілітація пацієнта у ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу).

Вперше обґрунтування та положення даного уніфікованого клінічного протоколу побудовані на доказах (evidence-based medicine) і мають конкретні посилання на джерела доказової медицини – клінічні настанови - третинні джерела, які створювались на основі даних РКВ, НРКВ, мета-аналізів, систематизованих оглядів літератури тощо:

1. Intercollegiate Stroke Working Party. National clinical guideline for stroke, 3rd edition. London: Royal College of Physicians, 2008.
2. Canadian best practice recommendations for stroke care, update 2010.
3. Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), June 2010.
4. Рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками, Исполнительный комитет Европейской инсультной организации (ESO) и Авторский комитет ESO, 2008.

УКПМД був розроблений мультидисциплінарною робочою групою, яка включала представників різних медичних спеціальностей (загальної практики-сімейної медицини, неврології, нейрохірургії, медицини невідкладних станів, кардіології, професійних асоціацій). Вагомий вклад в розробку даного клінічного протоколу внесли представники громадських організацій.

Команда методичного супроводу з розробки даного документу висловлює щиру подяку всеукраїнській громадській організації «Українська асоціація боротьби з інсультом» за наполегливу роботу над створенням даного клінічного протоколу та плідну співпрацю з фахівцями мультидисциплінарної робочої групи.

Слід зазначити, що в даному УКПМД передбачена діюча організаційна структура надання медичної допомоги (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»), а також особливості надання медичної допомоги за новою організаційною структурою - відповідно до критеріїв розмежування медичних послуг (наказу МОЗ від 05.10.2011 № 646 «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»).

Після розробки та затвердження даного УКПМД планується розробка клінічних протоколів за темами: «Транзиторна ішемічна атака» та «Геморагічний інсульт», «Мультидисциплінарна реабілітація у пацієнтів після інсульту (розширений варіант)», «Інтенсивна терапія у пацієнтів в гострому періоді інсульту».

А.1.8. Епідеміологічна інформація

Мозковий інсульт (МІ) належить до найбільш тяжких форм цереброваскулярних захворювань. Щороку в Україні від 100 до 120 тис. населення вперше переносять МІ, тобто захворюваність становить 280-290 випадків на 100 тис. населення і перевищує середній показник захворюваності на МІ в економічно розвинених країнах Європи (200 на 100 тис. населення). За визначенням ВООЗ, інсульт – це клінічний синдром швидкого розвитку ознак фокальної чи глобальної втрати мозкових функцій, що тривають 24 годин і більше або призводять до смерті при відсутності несудинних причин.

В 2010 році в Україні вперше захворіли на МІ 106427 осіб, що становить 282,3 випадки на 100 тис. населення. За останні 10 років захворюваність на мозковий інсульт в Україні зросла на 5 %, переважно за рахунок людей працездатного віку (35,5 % всіх мозкових інсультів сталися у людей працездатного віку).

Згідно з офіційною статистикою, внаслідок мозкового інсульту в Україні щорічно помирає від 40 до 45 тис. осіб (насправді, ймовірно, набагато більше). У 2010 році зареєстровано 39694 випадки смерті від МІ, що становить 86,7 випадки на 100 тис. населення (в Європі цей показник становить 37-47 на 100 тис. населення). Інсульт залишається провідною причиною інвалідизації населення країни. Близько 20 тис. хворих щорічно стають інвалідами внаслідок ЦВЗ. Інсульт покладає особливі обов'язки на членів сім'ї хворого, значно знижуючи їх працездатний потенціал та лягає тяжким соціально-економічним тягарем на суспільство. Тільки 10-20 % хворих після інсульту повертаються до повноцінного життя.

Таким чином, розробка Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги (УКПМД) для пацієнтів з гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК) є надзвичайно актуальним завданням, яке має виконуватись в рамках мультидисциплінарної програми надання медичної допомоги та здійснюватись на основі доказів ефективності втручань, фармакотерапії та організаційних принципів її надання.

A.2. 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 інсульту є артеріальна гіпертензія (підвищення артеріального тиску на 20/10 мм рт. ст. подвоює ризик розвитку серцево-судинних ускладнень).**
- 3. Раннє виявлення та лікування АГ, заходи з первинної профілактики розвитку серцево-судинних ускладнень (інсульту, ТІА), виявлення та корекція факторів ризику, диспансерне спостереження пацієнтів з виявленими факторами ризику проводяться на первинному рівні надання медичної допомоги.**
- 4. Інсульт відноситься до невідкладних станів і потребує надання екстреної медичної допомоги та термінової госпіталізації у ЗОЗ, які надають вторинну рівень медичну допомогу.**
- 5. Лікування пацієнтів повинно відбуватися у спеціалізованих інсультних відділеннях. 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 (інсультом, ТІА).**
- 7. Реабілітація пацієнтів з інсультом починається з перших діб перебування пацієнта в інсультному відділенні.**
- 8. Ефективність надання вторинної медичної допомоги забезпечується мультидисциплінарним підходом та наявністю фахівців мультидисциплінарної команди.**
- 9. Для забезпечення послідовності надання медичної допомоги пацієнтам з діагнозом ГПМК (ішемічний інсульт, ТІА) у кожному лікувальному закладі доцільно розробляти та впроваджувати локальні протоколи медичної допомоги (ЛПМД), у яких буде визначено клінічний маршрут пацієнта та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення. Взаємодія між ЗОЗ, які надають первинну та вторинну медичну допомогу може також бути визначена відповідним наказом управління охорони здоров'я в регіоні.**

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 (або його представників) за медичною допомогою до моменту госпіталізації.

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

1. *службою швидкої медичної допомоги (ШМД).*
2. *бригадами пунктів невідкладної медичної допомоги для дорослого та дитячого населення (відповідно до наказу МОЗ від 29.08.2008 № 500 «Заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні»).*
3. *лікарями загальної практики - сімейними лікарями (у випадках виявлення такого пацієнта на дому або на прийомі).*

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

4. Пацієнтам з ГПМК, в тому числі з транзиторними порушеннями мозкового кровообігу (транзиторними ішемічними атаками), необхідно забезпечити термінову госпіталізацію в межах «вікна терапевтичних можливостей» у відповідні ЗОЗ, які надають вторинну медичну допомогу.

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

6. Пацієнти з підозрою на ГПМК можуть бути визнані кандидатами для проведення системного тромболітичного лікування на догоспітальному етапі.

6.1. Кандидатами на проведення тромболітичного лікування (сТЛТ) можуть бути особи віком від 18 до 75 років, у яких точно визначений час появи перших ознак ГПМК і які перебувають в періоді «вікна терапевтичних можливостей».

6.2. «Вікном терапевтичних можливостей» для введення болюсу рТПА (альтеплазе) при проведенні сТЛТ визнаний період, який починається від моменту точно встановленого часу появи перших симптомів ГПМК та закінчується через 4,5 години.

6.3. Пацієнти, які на догоспітальному етапі визнані «кандидатами на проведення сТЛТ», повинні бути негайно доставлені в центр, який виконує процедури сТЛТ (подаальші дії бригади ШМД визначаються Уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги «Системний тромболізис при ішемічному інсульті (екстрена, вторинна (спеціалізована) медична допомога)».

7. Всі пацієнти з підозрою на ГПМК незалежно від статі, віку та інших факторів після надання екстреної медичної допомоги, підлягають терміновій госпіталізації в наступні ЗОЗ:

7.1. Відділення інтенсивної терапії, відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги лікарень (номенклатура відповідно до наказу МОЗ від 01.06.2009 № 370 «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги»), спеціалізовані інсультні відділення багатoproфільних лікарняних закладів (номенклатура згідно наказу МОЗ від 28.10.2002 № 385);

7.2. Багатoproфільну лікарню (клінічну лікарню) інтенсивного лікування (номенклатура згідно наказу МОЗ від 05.10.2011 № 646).

8. В структурних підрозділах з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій обов'язково повинен бути розроблений та затверджений ЛПМД, який регламентує організацію, взаємодію підрозділів та надання допомоги пацієнтам з ГПМК на **догоспітальному етапі** на регіональному рівні.

9. Наявний ЛПМД дозволить організувати ефективне використання часу від початку захворювання до моменту госпіталізації у відповідний ЗОЗ, збереже час в межах «вікна терапевтичних можливостей» для надання спеціалізованого тромболітичного лікування (сТЛТ).

10. ЛПМД повинен бути доведений до кожного, хто приймає участь в наданні медичної допомоги на догоспітальному етапі.

А.2.1. ДЛЯ УСТАНОВ, ЩО НАДАЮТЬ ЕКСТРЕНУ ТА ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

А.2.1.1. ДЛЯ ДИСПЕТЧЕРА СЛУЖБИ ШМД

Положення протоколу

1. Прийом виклику диспетчером екстреної медичної допомоги за номером «103» або «112».
2. Диспетчер ШМД повинен прийняти виклик в службі ШМД та направити бригаду ШМД до пацієнтів з підозрою на ГПМК.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Диспетчер приймає виклик використовуючи алгоритм «Виявлення підозри на ГПМК (інсульт, ГІА)» (**Додаток № 2**).
2. Після реєстрації звернення в службу ШМД диспетчер терміново направляє бригаду ШМД за місцем виклику.

А.2.1.2. ДЛЯ БРИГАДИ ШМД

Положення протоколу (1)

А.2.1.2.1. Прибуття бригади ШМД на місце виклику визначається відповідно до нормативу надання екстреної медичної допомоги в межах 10-

хвилинної транспортної доступності в містах та 20-хвилинної транспортної доступності у сільській місцевості з урахуванням чисельності та густоти проживання населення, стану транспортних магістралей, інтенсивності руху транспорту (відповідно до наказу МОЗ від 01.06.2009 № 370 «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги»).

А.2.1.2.2. Діагностичне та клінічне обстеження пацієнта проводиться в повному обсязі та фіксується у карті виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о), яка затверджена Наказом МОЗ України від 17.11.2010 № 999 «Про затвердження форм звітності та медичної облікової документації служб швидкої та екстреної медичної допомоги України».

Обґрунтування

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

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Збір анамнезу

1.1.Збір анамнезу захворювання:

1.1.1. Встановити точний час початку захворювання;

1.1.2. Скарги пацієнта на момент початку захворювання (наявність головного болю, нудоти, блювання, порушення мови, чутливості та активних рухів у кінцівках);

1.1.3. Швидкість наростання симптомів;

1.1.4. Ступінь інвалідизації пацієнта до моменту огляду;

1.1.5. При наявності інсульту в анамнезі з'ясувати, які резидуальні зміни були присутні, а які з'явилися на момент огляду.

1.2.Збір анамнезу життя:

1.2.1. Виявити загальний алергологічний анамнез та алергічні реакції на прийом лікарських засобів;

1.2.2. Встановити, які медикаментозні препарати приймає пацієнт щоденно;

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

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

2. Проведення фізичного обстеження

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

2.2.За показаннями усунути порушення життєво важливих функцій організму – дихання, кровообігу

2.3.Візуальна оцінка:

2.3.1. уважно оглянути та пальпувати м'які тканини голови (для виявлення ЧМТ).

2.3.2. оглянути зовнішні слухові та носові проходи (для виявлення лікворореї і гематореї).

3. Оцінка неврологічного статусу пацієнта

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

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Визначення артеріального тиску непрямим методом (методом Короткова);
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 – 95 %**).

A.2.1.2.3. Лікувальна тактика

1. Немедикаментозні медичні втручання

Положення протоколу (2)

1. Надання правильного положення тіла пацієнта для профілактики аспірації.
2. Захист дихальних шляхів.
3. Оксигенотерапія при ознаках гіпоксії.

Обґрунтування

У половини пацієнтів з першим інсультом виникають порушення ковтання, тому необхідно попередити аспірацію і розвиток у подальшому аспіраційної пневмонії.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Придати правильне положення тілу пацієнта: на спині, з піднятим на 30 градусів 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: розстібнути тугий комірць, попередити закидання голови назад або надмірне згинання голови);

- 1.2. Повернути голову пацієнта убік;
- 1.3. Вийняти зубні протези з ротової порожнини пацієнта.
2. Для проведення заходів з профілактики аспірації:
 - 2.1. При огляді на місці виклику необхідно підняти край ліжка, на якому розташована голова пацієнта;
 - 2.2. При необхідності здійснити санацію верхніх дихальних шляхів.

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 показана при брадіпноє (ЧД менше ніж 12 за хвилину), тахіпноє (ЧД більше ніж 35-40 за хвилину), сатурації нижче ніж 95 %, зростаючому ціанозі шкірних покривів.

4. Забезпечення венозного доступу.

Забезпечення венозного доступу проводиться шляхом виконання стандартної процедури венозної пункції з дотриманням заходів асептики/антисептики катетером для внутрішньовенної пункції № 18 або № 20, який ретельно фіксується пов'язкою.

2. Надання екстреної медичної допомоги

Положення протоколу (3)

1. Рекомендований контроль рівня АТ.
2. Рекомендоване визначення та корекція рівня глюкози крові.

Обґрунтування

Різке 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**.

Не корегований високий або низький рівень глюкози крові впливає на подальший перебіг захворювання.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Контроль і корекція АТ

NB! Корекція АТ не проводиться у разі виявлення:

САТ не більше ніж 220 мм рт. ст. та/або ДАТ не більше ніж 120 мм рт. ст.

У випадку, коли у пацієнта виявлене значне підвищення АТ:

САТ більше ніж 220 мм рт. ст. та/або ДАТ більше ніж 120 мм рт. ст. антигіпертензивна терапія може бути призначена під контролем АТ.

NB! Артеріальний тиск можна знизити не більше як 10-15 %.

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

Альфа-бета-адреноблокатори (лабеталол - 5–20 мг болюсно, а при необхідності постійна інфузія 2–5 мг/хв), **селективні альфа-адреноблокатори** (урапідил - 1,25-2,5 мг в/в болюсно з наступною інфузією 5-40 мг/год), **селективні бета-блокатори** (есмолол - 250-500 мг в/в болюсно з наступною інфузією 50-100 мкг/кг/хв, метопролол - 5–10 мг болюсно), **інгібітори АПФ** (еналаприл - 0,625-1,25 мг внутрішньовенно струйно впродовж 5 хвилин).

2. Інфузійна терапія

Проводиться введення 0,9 % розчину натрію хлориду із швидкістю 100 мл/год.

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 10-20 мг (2-4 мл), у разі необхідності повторного введення – 20 мг внутрішньом'язово або в/в крапельно.
2. Магнію сульфат є препаратом вибору при судомному синдромі - вводити в/в повільно болюсно 25 % (250 мг/мл) впродовж 10-15 хв. (перші 3,0 мл за 3 хв.) або крапельно у 100,0 – 200 мл розчину 0,9 % натрію хлориду.

NB! Протипоказані та не рекомендовані 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 препаратів 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 ішемії мозку.
5. Протипоказане введення розчинів глюкози, колоїдних розчинів.
6. Протипоказане введення нефракціонованого гепарину, гепарину низької молекулярної маси і гепариноїдів.
7. Протипоказане застосування кальцію хлориду, менадіону або аскорбінової кислоти для зупинки кровотечі при підозрі на геморагічний інсульт (починають діяти через декілька діб, ефективність при гострому порушенні мозкового кровообігу не досліджувалась).

8. В теперішній час, відсутні докази ефективності лікування гострого ішемічного інсульту за допомогою нейропротекторних та ноотропних препаратів, препаратів бурштинової кислоти, введення таких препаратів на догоспітальному етапі не рекомендоване.

А.2.1.2.4. Госпіталізація

Положення протоколу (4)

1. Термінова госпіталізація пацієнта у визначені ЗОЗ вторинної медичної допомоги

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Транспортування пацієнта в автомобілі швидкої медичної допомоги відбувається з піднятим головним кінцем медичних нош-каталки до кута 30 градусів. *(Ноші-каталка функціональні та відповідають державним стандартам: з 01.10.09 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.

А.2.1.3. ДЛЯ ЛІКАРІВ ПУНКТИВ НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ ДОРΟΣЛОГО ТА ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ.

Положення протоколу

При отриманні виклику від пацієнта (його родичів) 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 терміновій госпіталізації.**

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Здійснити виїзд за викликом в 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.

2.3. Виявити загальний алергологічний анамнез та алергічні реакції на прийом лікарських засобів.

2.4. Встановити, які медикаментозні препарати приймає пацієнт щоденно.

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

2.6. Визначити наявність в анамнезі інших супутніх захворювань: артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, захворювань серцево-судинної системи, аритмії, порушення мозкового кровообігу.

3. Провести обстеження клінічного стану пацієнта та необхідну діагностику.

3.1. Фізичне обстеження:

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. Оцінювання неврологічного статусу пацієнта.

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 непрямим методом (методом Короткова) 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 першу медичну допомогу

1. Придати правильне положення тілу пацієнта:

1.1. Правильне положення тіла пацієнта: на спині, з піднятим на 30 градусів головним кінцем за допомогою підручних засобів.

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. Викликати службу ШМД за номером «103» або «112» для проведення обов'язкової госпіталізації пацієнта до стаціонарного відділення.
2. Обов'язково дочекатися приїзду бригади ШМД.
3. Для збереження часу надати керівнику ШМД відомості із анамнезу пацієнта та вказати час виникнення перших симптомів ГПМК.

А.2.1.4. 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 наказу МОЗ від 28.10.2002 № 385).
 - 2.2. В центрах первинної медико-санітарної допомоги, амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини, фельдшерсько-акушерських пунктах, фельдшерських пунктах в амбулаторних умовах (на прийомі у лікаря, в денному стаціонарі) або за місцем проживання (перебування) пацієнта (номенклатура згідно наказу МОЗ від 05.10.2011 № 646).

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

При підозрі на ГПМК необхідно:

1. **Швидко зібрати анамнез** (згідно даного УКПМД п. А.2.1.3., пп. 2).
2. **Провести обстеження клінічного стану пацієнта та необхідну діагностику** (згідно даного УКПМД п. А.2.1.3., пп. 3).
3. **Надати першу медичну допомогу** (згідно даного УКПМД п. А.2.1.3., пп. 4).
4. **Забезпечити організацію термінової госпіталізації пацієнта на вторинний етап спеціалізованої допомоги** (згідно даного УКПМД п. А.2.1.3., пп. 5).

А.2.2. ДЛЯ УСТАНОВ, ЩО НАДАЮТЬ ВТОРИННУ СТАЦІОНАРНУ ДОПОМОГУ

А.2.2.1. Організація надання медичної допомоги

Положення протоколу

1. Всі пацієнти з підозрою на ГПМК повинні бути терміново госпіталізовані незалежно від віку, статі, тяжкості захворювання.

2. Пацієнтів з підозрою на ГПМК госпіталізують у:

1. Спеціалізовані інсультні відділення багатoproфільних лікарняних закладів (номенклатура згідно наказу МОЗ від 28.10.2002 № 385),
2. Відділення інтенсивної терапії,
3. Відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги (номенклатура відповідно до наказу МОЗ від 01.06.2009 № 370),
4. Багатoproфільні лікарні (клінічні лікарні) інтенсивного лікування (номенклатура згідно наказу МОЗ від 05.10.2011 № 646).

3. ЗОЗ, які приймають пацієнтів з підозрою на ГПМК (інсульт), повинні мати можливість забезпечити в цілодобовому режимі:

1. проведення методів нейровізуалізації КТ/МРТ;
2. проведення моніторингу вітальних функцій;
3. проведення лабораторного контролю;
4. надання допомоги спеціально підготовленим за проблемою інсульту медичним персоналом.

4. Наявний ЛПМД дозволить організувати ефективне використання часу для швидкого встановлення діагнозу та вибору стратегії і тактики лікування, збереже час в межах «вікна терапевтичних можливостей» для надання спеціалізованого тромболітичного лікування (сТЛТ).

5. ЛПМД доводиться до відома медичного персоналу кожного підрозділу, який бере участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з ішемічним інсультом, в письмовому вигляді.

Обґрунтування

Лікування пацієнтів у спеціалізованих інсультних відділеннях зменшує летальність на 20 %, загальну смертність та інвалідність, а також зменшує витрати, пов'язані з доглядом за пацієнтом на всіх етапах надання медичної допомоги.

Основні компоненти медичної допомоги в спеціалізованих інсультних відділеннях:

1. *Діагностичне обстеження для встановлення типу та підтипу інсульту.*
2. *Рання оцінка стану пацієнта та визначення необхідного обсягу лікування, реабілітації, профілактики та догляду.*
3. *Ведення пацієнтів в гострому періоді, яке включає: ранню мобілізацію, профілактику ускладнень, базисну та диференційовану терапію.*
4. *Забезпечення виконання реабілітації за участю координованої роботи мультидисциплінарної команди фахівців.*

5. Підготовка пацієнта до виписки та надання індивідуального плану профілактики повторного інсульту та корекції виявлених серцево-судинних факторів ризику.
6. Розробка та надання довготривалої (не менше року) програми мультидисциплінарної реабілітації після виписки на подальші рівні медичної допомоги.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Організація відділень з надання спеціалізованої допомоги пацієнтам з інсультом та ТІА, які створюються в ЗОЗ та мають у своїй структурі діагностичні, лабораторні та інші підрозділи для надання такої допомоги; штат спеціально підготовлених для надання допомоги пацієнтам з інсультом спеціалістів з вищою медичною та педагогічною освітою, а також з середньою медичною освітою.

2. Створення та впровадження ЛПМД (маршрут пацієнта), який регламентує взаємодію підрозділів первинної та вторинної ланки надання допомоги в даному медичному закладі (відділенні), необхідні дії та час при госпіталізації, діагностиці, виконанні спеціалізованого лікування (системного тромболісису) у пацієнта з ішемічним інсультом та ТІА, в кожному конкретному медичному закладі.

3. Організація надання медичної допомоги пацієнтам з інсультом із залученням фахівців мультидисциплінарної команди (МДК). 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.

А.2.2.2. Діагностика

Положення протоколу

1. **Нейровізуалізація головного мозку виконується всім пацієнтам з ГПМК в першочерговому порядку (в межах 24 годин від початку симптомів).**
2. **Пацієнти, які є кандидатами для проведення системного тромболісису проходять нейровізуалізацію позачергово!**
3. Лабораторні та інструментальні обстеження проводяться для уточнення клінічного стану пацієнта, призначення лікування, а також для виявлення підтипу інсульту для призначення диференційованої

вторинної профілактики інсульту (детальна класифікація підтипів інсульту наведена у адаптованих клінічних настановах).

4. Пацієнтам з інсультом та ТІА рекомендоване 24-годинне холтерівське моніторування ЕКГ після гострого періоду інсульту при наявності аритмій та невстановленого підтипу інсульту.

Обґрунтування

1. Важливим фактором для визначення тактики лікування пацієнта з ГМПК є невідкладне проведення діагностики та визначення типу інсульту.
2. Діагностична нейровізуалізація (КТ або МРТ) – метод, який дозволяє провести диференційну діагностику (у тому числі ранню) та визначити тип ГМПК (ішемічний чи геморагічний). У більшості випадків початковим нейровізуалізаційним методом є безконтрастна СКТ.
3. Попереднє повідомлення лікувальної установи та належне сполучення з відділенням радіології (рентгенодіагностичним відділенням) полегшує доступ до методів діагностичної нейровізуалізації та зберігає час для надання подальшої медичної допомоги.
4. Пацієнти з ГМПК, які перебувають у межах «вікна терапевтичних можливостей», повинні мати пріоритет перед іншими пацієнтами при проведенні методів нейровізуалізації, тому що час має вирішальне значення для проведення ефективного лікування.
5. Обстеження пацієнтів з ТІА має також бути терміновим (в межах 48 годин), тому що до 10 % цих пацієнтів переносять інсульт у межах наступних 2-7 днів.
6. Патологія серця, яка часто зустрічається у пацієнтів з інсультом, може бути причиною виникнення ГМПК.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові невідкладні:

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). Необхідно визначити чи є пацієнт потенційним кандидатом на проведення системного тромболітичного лікування.

1.1.2. У разі виявлення пацієнта, який є кандидатом для проведення системного тромболітичного лікування, подальші дії медичного персоналу регламентуються Уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги «Системний тромболізис при ішемічному інсульті (екстренна, вторинна (спеціалізована) медична допомога)».

1.1.3. Скарги та клінічний перебіг симптомів захворювання.

1.2 Збір анамнезу життя.

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

1.3 Сімейний анамнез.

1.4 Медикаментозний анамнез.

Перелік ліків, які приймає пацієнт (пероральні антикоагулянти; НСПЗЗ, антигіпертензивні засоби тощо).

1.5 Наявність/відсутність алергії на лікарські засоби.

1.6 Перенесені травми, оперативні втручання.

1.7 Шкідливі звички (куріння, зловживання алкоголем, вживання наркотиків).

2. Фізичне обстеження

2.1 Вимірювання АТ на обох руках (у разі, якщо наповнення пульсу на променевих артеріях відрізняється).

Якщо АТ на руках істотно відрізняється (більше ніж на 10-15 мм рт. ст.), це може свідчити про диссекцію аорти, оклюзійно-стенотичні ураження підключичних артерій, брахіоцефального стовбуру, хворобу Такаюсу.

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

Повинно проводитися в повному обсязі, але не забирати багато часу. Найважливішою ознакою ГПМК та ІІ є вогнищеві неврологічні симптоми, які з'явилися гостро (впродовж хвилин, годин).

Особливості проведення неврологічного обстеження

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

4.2. 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 допомагає у діагностиці крововиливу у мозок (особливо при неможливості нейровізуалізації). Бали тяжкості інсульту вносяться до історії хвороби згідно Додатку № 6.

4.3. Всім пацієнтам з ГПМК проводиться тест на виявлення порушення ковтання (дисфагія) (Додаток № 7).

5. Інструментальні дослідження

Обов'язкові термінові:

1. Нейровізуалізаційне дослідження головного мозку (КТ/МРТ).
2. ЕКГ.
3. Пульсоксиметрія (моніторинг).

6. Лабораторні дослідження

Обов'язкові термінові:

Визначення рівня глюкози.

7. Диференційна діагностика проводиться з урахуванням клінічних симптомів, даних лабораторних та інструментальних методів дослідження.

7.1. *Діагноз інсульту може бути сумнівний у разі тяжких загальномозових симптомів (кома) або наявності ізольованих неврологічних порушень, таких як вестибулярні розлади (головокружіння, нудота, блювання), розлади ходи (атаксія), порушення мовлення (дизартрія), за відсутності інших вогнищевих симптомів.*

7.2. При сумнівності діагнозу II необхідно виключити наступні захворювання:

1. геморагічний інсульт (внутрішньочерепний крововилив);
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;
9. гостра периферична вестибулопатія;
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).

7.3 При виявленні симптомів порушення мозкового кровообігу, які зберігаються кілька хвилин чи годин, необхідно на підставі клінічних проявів та результатів додаткових досліджень (МРТ, УЗДГ, ЕКГ, ЕхоКГ), виключити або підтвердити діагноз ТІА. У разі виключення діагнозу ТІА, необхідно розглянути можливі причини минулих **не судинних неврологічних порушень** (транзиторної неврологічної атаки, зокрема еквіваленти мігрені).

8. Ургентна консультація нейрохірурга показана у гострому періоді ішемічного інсульту у наступних випадках:

1. у разі виявлення при нейровізуалізації ознак внутрішньочерепного крововиливу;
2. при гострій тромботичній оклюзії магістральних церебральних артерій у екстра- та інтракраніальних ділянках;
3. при інфаркті мозочка, масивному інфаркті у басейні СМА з прогресуючим дислокаційним синдромом.

9. Планові діагностичні дії:

1. Консультації суміжних спеціалістів:

1.1. Консультація **кардіолога** проводиться для виявлення серцево-судинної патології та призначення додаткових лабораторних та діагностичних втручань.

1.2. Консультація **окуліста**.

1.3. Консультація **нейрохірурга** проводиться:

1.3.1. При виявленні на УЗДГ судин ший стенозу каротидних артерій понад 70 % для вирішення питання проведення хірургічного лікування;

1.3.2. При ТІА, при малому інсульті (повне відновлення вогнищевих неврологічних порушень у термін до 3-х тижнів), за умов стабільного неврологічного статусу після ішемічного інсульту із збереженням залишкової функції в уражених кінцівках та за наявності наступних критеріїв після проведення неінвазивної інструментальної діагностики (УЗ, МР/ КТ-ангіографія): стеноз ВСА понад 50 %, тромбоз однієї ВСА і стенотичне ураження протилежної ВСА, ознаки стенотичного ураження мозкових артерій в інтракраніальних ділянках, стенотичне ураження хребтових артерій або основної артерії з відповідною симптоматикою недостатності кровообігу у ВББ.

1.3.3. Пацієнтам з безсимптомним стенозом ВСА понад 60 %, виявленим при скринінговому обстеженні або випадково (УЗ, МР, КТ-ангіографія).

1.4. Консультація логопеда проводиться для виявлення порушень мовлення (афазії, дизартрії) та/або ковтання (дисфагії), виявлення супутніх порушень (дискалькулії, диспраксії, дискоординації), профілактики виникнення вторинних відхилень мовлення, надання першочергової логопедичної допомоги у разі виникнення мовленнєвих порушень, підбору необхідного комунікативного засобу для подальшого спілкування з пацієнтом у разі виявлення афазії.

1.5. Консультація **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.

2. Лабораторні дослідження: розгорнутий загальний аналіз крові з визначенням числа тромбоцитів, МНВ, АЧТЧ, електролітний склад сироватки крові, рівень глюкози (в динаміці), ниркові проби (креатинін та сечовина сироватки крові), ліпідограма.

3. Інструментальні методи: ЕКГ у 12 відведеннях, рентгенографія легень, ультразвукове дуплексне сканування магістральних судин голови і шиї (обов'язково при II в каротидному басейні).

4. Додаткові методи обстеження (за показаннями): ЕХО-кардіографія (трансторакальна або трансезофагальна), УЗД органів черевної порожнини, люмбальна пункція проводиться при підозрі на субарахнодальний крововилив за відсутності відповідних даних на КТ.

4.1. Проведення ехокардіографії рекомендується тільки в окремих випадках, а саме:

1. При наявності у пацієнтів серцевої патології в анамнезі, що виявлена при об'єктивному обстеженні та за даними ЕКГ.
2. У пацієнтів з підозрою на кардіальне джерело емболії (при церебральних інфарктах в різних судинних басейнах).
3. У пацієнтів з підозрою на патологію аорти.
4. У пацієнтів з підозрою на парадоксальну емболію.
5. У пацієнтів з невстановленою причиною інсульту.

10. Бажані додаткові методи обстеження (у окремих пацієнтів):

1. Консультації суміжних спеціалістів: судинного хірурга, ендокринолога, гінеколога, уролога, психіатра.
2. Лабораторні дослідження: Рівень С-реактивного протеїну, загальний аналіз сечі, токсикологічний скринінг(за показаннями).
3. Інструментальні методи: МР/КТ – ангіографія.

А.2.2.3. Лікування

Положення протоколу

Лікування пацієнтів з II включає:

I. Базисну терапію (в тому числі інтенсивну терапію пацієнтів, які перебувають в критичному стані), яка включає:

1. Підтримку дихальної функції та захист дихальних шляхів.
2. Підтримку серцево-судинної функції.
3. Корекцію АТ.
4. Інфузійну терапію.
5. Корекцію рівня глюкози.
6. Корекцію температури тіла.

II. Специфічну (диференційовану) медикаментозну терапію, яка включає:

1. Тромболітичну терапію.
2. Антитромбоцитарну терапію.
3. Лікування набряку головного мозку та корекція ВЧТ (медикаментозна терапія, проведення хірургічної декомпресії).

III. Хірургічне лікування ішемічного інсульту

IV. Лікування ускладнень:

1. Соматичних;
2. Неврологічних.

Обґрунтування

1. Надання медичної допомоги пацієнтам у гострому періоді гострого ішемічного інсульту на засадах доказової медицини попереджає розвиток ускладнень, знижує інвалідизацію та смертність.
2. При застосуванні кожного лікарського засобу лікар повинен визначити користь від його застосування та негативні наслідки, які можуть виникнути при необґрунтованому застосуванні лікарського засобу.
3. При лікуванні пацієнтів у гострому періоді ішемічного інсульту не рекомендується використовувати лікарські засоби, ефективність та безпечність яких не доведена в РКВ, та які не входять до міжнародних клінічних настанов та стандартів.
4. Не рекомендується для лікування пацієнтів в гострому періоді інсульту застосування лікарських засобів, використання яких може мати негативні наслідки або негативно вплинути на клінічний перебіг гострого періоду ІІ, а саме:
 1. Розчинів глюкози.
 2. Діуретиків (осмотичних у вигляді розчинів та фуросеміду).
 3. Колоїдних розчинів для гемодилуції.
 4. Вазоактивних препаратів (препарати барвінку, пентоксифілін).
 5. Препаратів блокаторів кальцієвих каналів короткої дії для корекції системного АТ (ніфедипін) та корекції внутрішньомозкової гемодинаміки в гострому періоді ІІ (німодипін).
5. Не підтверджена в гострому періоді ІІ клінічна ефективність призначення спазмолітиків, антиоксидантів, препаратів, які впливають на метаболізм (мілдронат), препаратів бурштинової кислоти, токоферолу, ноотропних засобів, глюкокортикоїдів, нейропротекторів.

I. Базисна терапія

Базисна терапія - сукупність лікувальних стратегій, які направлені на стабілізацію стану тяжких пацієнтів та корекцію тих порушень, які можуть ускладнити відновлення неврологічних функцій.

1. Підтримка функції серцево-судинної системи та корекція АТ

Положення протоколу

1. Для нормалізації кровообігу в головному мозку важливо підтримувати оптимальний рівень АТ, ЧСС, серцевого викиду та ОЦК (уникати гіповолемії).

2. Не рекомендується рутинне зниження АТ в гострому періоді ІІ, якщо реєструється АТ сист. не більше 220 мм рт. ст. та/або АТ діаст. не більше 120 мм рт. ст. В багатьох випадках спостерігається спонтанне зниження АТ впродовж першої доби.

3. У випадку артеріальної гіпотензії АТ <100/70 мм рт. ст. необхідно встановити причини її виникнення та усунути її за допомогою відповідних втручань. Основними чинниками можуть бути: гіповолемія, диссекція аорти, кровотеча та зменшення серцевого викиду через серцеву недостатність, ішемію міокарду або аритмію.

Обґрунтування

У 75 % пацієнтів в гострому періоді ішемічного інсульту виникає підвищення АТ, яке в більшості випадків не потребує спеціального лікування. Високий АТ у більшості пацієнтів з ІІ є компенсаторним механізмом. В зоні пенумбри, де має місце порушення авторегуляції, об'єм кровотоку залежить від системного АТ.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Моніторинг ЕКГ

1. Проводити моніторинг ЕКГ впродовж перших 24-48 год.
2. У пацієнтів з підтвердженою причиною інсульту (атеросклеротичний, лакунарний) від моніторингу ЕКГ при госпіталізації можна утриматись при відсутності змін на ЕКГ та захворювань серця в анамнезі.
3. У разі супутніх захворювань серця, змін на ЕКГ або підвищеного рівня тропонінів слід призначити консультацію кардіолога.

2. Корекція АТ

1. Корекцію АТ проводять в наступних випадках (див. табл. 1):

Таблиця 1.

Показники АТ	Мета терапії	Препарати вибору	Нерекомендовані препарати
САТ>220 мм рт ст ДАТ>120 мм рт ст	Знизити САТ - за 2- 3 год. на 10-15 % - за 24 год. на 15-25%	Лабеталол, урапідил	Нітропрусид, ніфедипін

2. Знижувати АТ необхідно повільно, контролювано.

3. У разі проведення процедури в/в тромболізу, АТ слід підтримувати на рівні <185/110 мм рт. ст. перед проведенням процедури та впродовж 24 год. після неї (див. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Системний тромболізис при ішемічному інсульті (екстренна, вторинна (спеціалізована) медична допомога)»).

4. Дозування антигіпертензивних засобів: лабеталол (болюс 10-20 мг в/в, за потреби подальше вводити по 10 мг в/в через 10-20 хв або інфузійно із швидкістю 2-8 мг/хв.), урапідил (1,25-2,5 мг в/в болюсно з наступною інфузією 5-40 мг/год.), есмолол (250-500 мг в/в болюсно з наступною

інфузією 50-100 мкг/кг/хв), еналаприл - 0,625-1,25 мг внутрішньовенно струйно впродовж 5 хвилин.

4.1. У пацієнтів з ДАТ >140 мм рт ст. може бути застосований нітрогліцерин (інфузія 20-400 мкг/хв.) або нітропрусид (0,5-8,0 мкг/кг/хв.).

Слід враховувати, що нітрати підвищують ВЧТ, тому повинні використовуватись лише в крайніх випадках і короткочасно.

5. У пацієнтів з АГ в анамнезі, які до виникнення симптомів інсульту приймали антигіпертензивні засоби, слід поновити таке лікування після першої доби від початку захворювання за умови стабільності неврологічного дефіциту.

2. Підтримка функції дихання та захист дихальних шляхів

Положення протоколу

1. У випадках гіпоксії, коли $SpO_2 < 92\%$, пацієнтам слід призначати інгаляцію зволоженого кисню (із швидкістю 2-6 л/хв.).
2. Пацієнти без ознак гіпоксії (SpO_2 не менше 95 %) **не потребують** додаткової оксигенотерапії.

Обґрунтування

У пацієнтів з гострим ішемічним інсультом повинен бути забезпечений достатній рівень оксигенації крові (SpO_2 не менше 95 %).

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Забезпечення адекватної функції зовнішнього дихання.

- 1.1. Пацієнти з гострим ішемічним інсультом мають перебувати під пульсоксиметричним моніторингом.
- 1.2. Слід враховувати, що показники SpO_2 під час сну можуть істотно погіршуватись.
- 1.3. У випадках гіпоксії, коли $SpO_2 < 92\%$, пацієнтам слід призначати інгаляцію зволоженого кисню (із швидкістю 2-6 л/хв.) та/або бронхолітики (у разі необхідності).

2. Забезпечення прохідності дихальних шляхів.

У пацієнтів із порушенням свідомості (сопор, кома) та/або бульбарними порушеннями слід забезпечити прохідність верхніх дихальних шляхів. Для профілактики аспірації необхідно виконати назотрахеальну інтубацію.

3. Корекція рівня глюкози

Положення протоколу

Гіпоглікемія < 3 ммоль/л потребує негайної корекції.

Гіперглікемія > 10 ммоль/л потребує моніторингу та корекції.

Обґрунтування

Гіпер- або гіпоглікемія можуть погіршувати результати лікування ішемічного інсульту.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Гіпоглікемію (рівень глюкози крові <3 ммоль/л) необхідно усунути якомога скоріше шляхом в/в введення 40-60 мл 20 % розчину глюкози. При підозрі на дефіцит вітаміну В₁ (алкоголізм, тривала мальнутриція, енцефалопатія Верніке) перед введенням розчину глюкози слід ввести в/в 100 мг тіаміну.

2. При рівні глюкози >10 ммоль/л необхідно розпочати моніторинг глікемії (кожні 4 год.). Рівень глюкози необхідно знижувати повільно за допомогою інсуліну короткої дії. Введення значних кількостей/доз інсуліну може призвести до гіпокаліємії, тому перед або разом з інсуліном слід в/в вводити розчини, які містять калій.

3. При усуненні значної гіперглікемії у пацієнта може виникнути гіповолемія, тому слід підтримувати достатній ОЦК, шляхом введення 1-2 л розчину натрію хлориду або розчину Рінгера на добу.

4. Інфузійна терапія

Положення протоколу

1. У пацієнтів з гострим ішемічним інсультом введення рідини повинно бути не менше добової потреби для збереження загального водно-електролітного балансу та кровотоку в головному мозку.
2. Пацієнти похилого віку, у яких відзначається схильність до дегідратації, є групою ризику розвитку водно-електролітних розладів.
3. Зменшення ОЦК та підвищення гематокриту веде до погіршення реологічних властивостей крові.

Обґрунтування

1. Виходячи з позиції доказової медицини, тактику обмеження введення рідини і проведення дегідратації у пацієнтів з ГПМК слід вважати неприпустимою.
2. Від'ємний баланс рідини в перші 3 доби лікування знижує виживання пацієнтів з інсультом.
3. Для корекції водно електролітного балансу не використовують розчини, які містять глюкозу: *гіперглікемія посилює ацидоз в ішемізованих ділянках мозку, розчини глюкози є джерелом вільної рідини, яка може сприяти набряку мозку.*

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Необхідно підтримувати нормоволемію.
2. Введення рідини не менше добової потреби.
3. Якщо при госпіталізації у пацієнта є ознаки гіповолемії (низький АТ, підвищений гематокрит, сухість слизових оболонок) і немає протипоказань

(некомпенсована серцева недостатність), інфузійна терапія може бути призначена в об'ємі 1000-1500 мл 0,9 % розчину хлориду натрію або розчину Рінгера.

4. Для проведення інфузійної терапії у непритомних пацієнтів рекомендована постановка центрального венозного катетеру, що дозволяє проводити моніторинг ЦВТ, який бажано підтримувати на рівні 8-10 мм вод. ст.

5. Корекція температури тіла

Положення протоколу

1. Гіпертермія виникає у 25-60 % пацієнтів у перші 48 год. від початку П.
2. У разі тривалої лихоманки слід виключити бактеріальну інфекцію.

Обґрунтування

Гіпертермія погіршує результати лікування інсульту, тому у разі підйому температури тіла до рівня 37,5°C або вище слід вжити заходи для її зниження.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Для зниження температури тіла використовують парацетамол (3-4 г на добу per os або per rectum), фізичне охолодження.
2. Ефект фізичного охолодження може підсилитися у разі застосування вазодилататорів.

II. Специфічна терапія

Положення протоколу

Специфічна (диференційована) терапія ішемічного інсульту включає:

1. Системний тромболізис - лікування направлене на відновлення мозкового кровотоку (реперфузія) у інфарктзалежній артерії шляхом в/в введення рекомбінованого тканинного активатора плазміногену (регламентується УКПМД «Системний тромболізис при ішемічному інсульті (екстренна, вторинна (спеціалізована) медична допомога)»).

2. Антитромбоцитарну терапію

3. Лікування набряку головного мозку та підвищеного ВЧТ

1. При відсутності об'ємного внутрішньочерепного процесу, який потребує невідкладного оперативного втручання, зниження ВЧТ проводять консервативними методами.
2. Хірургічна декомпресія впродовж 48 год. від початку симптомів рекомендується пацієнтам, віком до 60 років із ознаками «злюкисного інфарктування» в басейні середньомозкової артерії (СМА).

Обґрунтування

1. Набряк головного мозку, який загрожує життю пацієнта, найчастіше розвивається між 2 та 5 добою після початку інсульту.
2. У третини пацієнтів набряк головного мозку може розвинутися в перші 24 год. після виникнення інсульту.
3. При підозрі підвищення ВЧТ діагностичні зусилля повинні бути спрямовані на встановлення його причини (неврологічне обстеження, КТ, МРТ) та уточнення ступеня.
4. Дієвою і ефективною корекція внутрішньочерепної гіпертензії може бути лише за умови наявності моніторингу ВЧТ.
5. Найбільш дієвими засобами зниження ВЧТ вважають осмотично активні препарати, зокрема, манітол та гіпертонічний розчин натрію хлориду (10 %).
6. Планове профілактичне призначення манітолу при відсутності внутрішньочерепної гіпертензії несе в собі більший ризик поглиблення ішемічних розладів мозкового кровообігу, ніж потенційну користь.
7. На сьогоднішній час фуросемід не входить до протоколів корекції ВЧТ і застосовується у першу чергу при лікуванні серцевої недостатності та набряку легень.
8. На сьогоднішній час нейропротекторної програми, яка продемонструвала б достовірний вплив на покращення результатів лікування в гострому періоді інсульту не існує.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Антитромбоцитарна терапія

Всім пацієнтам з ІІ відразу, не пізніше 48 год. від початку захворювання, має бути призначена ацетилсаліцилова кислота в дозі 160-325 мг (за відсутності дисфагії – *per os*, у разі дисфагії – в назогастральний зонд, в/м або *per rectum*).

2. Контроль ВЧТ

Показання для контролю ВЧТ:

1. Пацієнти з ГПМК, у яких тяжкість стану за шкалою ком Глазго менше 8 балів.
2. Пацієнти з внутрішньомозковими гематомами, за даними КТ дослідження, якщо вирішується питання про доцільність оперативного втручання (контроль динаміки збільшення інсульт-гематоми).
3. Пацієнти з КТ-ознаками внутрішньочерепної гіпертензії, у яких неможливо оцінити неврологічний статус внаслідок проведення глибокої седації та нервово-м'язової блокади.

3. Корекція ВЧТ проводиться згідно Додатку № 20.

ІІІ. Хірургічні методи лікування та нейроендоваскулярні втручання у пацієнтів з ІІ

Обґрунтування

1. У пацієнтів з визначеними причинами оклюзійно-стенотичного ураження магістральних церебральних артерій проведення реваскуляризаційних нейрохірургічних втручань **впродовж перших 2-х тижнів** після початку захворювання має найбільшу ефективність у попередженні повторних ішемічних ПМК.
2. «Злоякісне інфаркування» при оклюзійних ураженнях середньої мозкової артерії та при мозочковому інфаркті за рахунок прогресуючого цитотоксичного набряку, як правило, призводить до фатальних наслідків в результаті дислокації і вклинення мозкових структур.
3. Своєчасне виконання *декомпресивної краніотомії* дозволяє знизити рівень летальності та ступінь інвалідизації у цієї категорії пацієнтів за рахунок попередження незворотних стовбурових порушень внаслідок дислокаційних явищ.

Положення протоколу

До екстрених нейрохірургічних втручань в гострому періоді ішемічного інсульту відповідно до Клінічного протоколу надання нейрохірургічної допомоги пацієнтам із ішемічним інсультом (Наказ МОЗ від 13.06.2008 № 317) відносять:

1. Ендоваскулярні операції (селективний інтраартеріальний тромболізис, тромбектомія, ангіопластика і стентування), які можуть виконуватись в період до 6 годин з моменту початку захворювання у спеціалізованих судинних нейрохірургічних центрах при :
 - 1.1. тромбоемболії мозкових артерій (біфуркація ВСА, стовбур СМА і її гілки, ПМА і її гілки, основна артерія і її гілки).
 - 1.2. гострій тромботичній оклюзії (інтракраніальний сегмент ВСА, СМА, сегмент V-4 хребтової артерії, основна артерія).
2. Прямі операції (декомпресійна трепанація - півкульна, ЗЧЯ), які можуть виконуватись при розвитку дислокаційних порушень внаслідок вираженого ішемічного набряку головного мозку у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають вторинну медичну допомогу.

Показання до **реваскуляризаційних** хірургічних втручань (тромбектомія, тромбендартеректомія, ендартеректомія), які виконуються у спеціалізованих судинних нейрохірургічних центрах **в гострому періоді II (перші два тижні)**:

1. гостра тромботична оклюзія екстракраніального сегменту ВСА;
2. stenotичне ураження екстракраніального сегменту ВСА атеросклеротичного генезу зі звуженням просвіту понад 70 %;
3. тромбоформування («флотуючий» тромб) в ділянці stenotичного ураження.

Показання до **нейроендоваскулярних втручань**, які виконуються у спеціалізованих судинних нейрохірургічних центрах **в гострому періоді II (перші два тижні)**:

- артеріальна диссекція (ВСА, ХА) з проявами гемодинамічно залежної мозкової гіперперфузії;
- стенотичне ураження екстракраніальних сегментів ВСА і хребтової артерії (звуження понад 70%) у пацієнтів із підвищеним ризиком до прямого хірургічного втручання;
- стенотичне ураження інтракраніальних сегментів мозкових артерій (ВСА, СМА, сегмент V-4 хребтової артерії, основна артерія).

IV. Лікування ускладнень

IV.1. Соматичні ускладнення

1. Аспіраційна пневмонія

Положення протоколу

1. Профілактичне призначення антибіотиків не рекомендується, але можливе використання антибактеріальної терапії у пацієнтів з дуже високим ризиком інфекційних ускладнень (ознаки аспірації, тривала катетеризація сечового міхура, глибокі пролежні).
2. Лікування аспіраційної пневмонії здійснюється відповідно до медико-технологічних документів, що регламентують надання медичної допомоги при цьому захворюванні.

Обґрунтування

1. Рання мобілізація пацієнтів після інсульту попереджує розвиток таких ускладнень як аспіраційна пневмонія, тромбози глибоких вен, ТЕЛА, пролежні.
2. Аспіраційна пневмонія (АП) є причиною смерті у 15-20 % пацієнтів з інсультом. Більшість випадків АП пов'язані з невиявленими або некорегованими випадками порушення ковтання (дисфагією).

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

У разі розвитку аспіраційної пневмонії необхідно призначити емпіричну антибіотикотерапію 2-3 засобами (деесклаційна схема).

2. Тромбоз глибоких вен та тромбоемболія легеневої артерії

Положення протоколу

1. Лікування еноксапарином є безпечним впродовж 10–40 днів, після чого слід перевести пацієнта на пероральні антикоагулянти (варфарин під контролем МНВ).
2. Нефракціонований гепарин не поступається гепаринам низької молекулярної маси за ефективністю, але є менш безпечним (вище ризик кровотеч, тромбоцитопенії).

3. Для діагностики тромбозів глибоких вен використовують ультразвукове дослідження вен кінцівок або МР-венографію.

Обґрунтування

1. Своєчасно розпочата адекватна гідратація сприяє запобіганню не тільки тромбоемболічних, але і численних інших ускладнень у гострому та підгострому періодах інсульту.
2. Рання мобілізація доцільна у всіх пацієнтів з не надто тяжким інсультом і сприяє запобіганню не тільки тромбоемболічних, але і численних інших ускладнень у гострому та підгострому періодах інсульту.
3. Підшкірне введення антикоагулянтів рекомендоване у лікуванні лежачих пацієнтів та при наявності додаткових факторів ризику тромбоемболічних ускладнень.
4. Ацетилсаліцилова кислота може бути застосована для запобігання тромбозу глибоких вен, але менш ефективна, ніж антикоагулянти.
5. Застосування пристроїв для переміжного пневматичного стискання рекомендоване для лікування пацієнтів, яким не можуть бути призначені антикоагулянти.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Діагностика тромбоемболії легеневої артерії виконується за допомогою МСКТ ОГК з контрастом.
2. Застосування антикоагулянтів не повинно бути рутинним у всіх пацієнтів з інсультом.
3. У пацієнтів, схильних до високого ризику тромбоемболічних ускладнень, слід оцінити доцільність та оптимальні способи профілактичного лікування.
4. Проведення медикаментозної профілактики ТГВ у пацієнтів з тяжким інсультом:
5000 ОД нефракціонованого гепарину 2–3 рази на добу п/ш або 40 мг еноксапарину 1 раз на добу п/ш до відновлення ходи.
5. У пацієнтів з дуже високим ризиком тромбозів глибоких вен слід проводити активний моніторинг глибоких вен за допомогою ультразвуку кожні 2–4 дні.

3. порушення ковтання (дисфагія)

Положення протоколу

1. Впродовж першої доби після госпіталізації має бути проведена оцінка наявності порушень ковтання, оцінені рівень гідратації та нутритивний статус пацієнта.
2. **Скринінг на дисфагію (Тест на порушення функції ковтання) повинен виконуватися одразу після госпіталізації.**

3. **Пацієнтам з порушенням ковтання впродовж першої доби повинен бути встановлений назогастральний зонд і введена тестова доза ентерального харчування.**
4. Пацієнтам з порушенням харчування при прибутті в стаціонар, а також пацієнтам з тяжкими інсультами, порушенням свідомості, ентеральне харчування повинно проводитись кваліфікованими спеціалістами, які пройшли відповідну підготовку.
5. Об'єм ентерального харчування та дози його компонентів повинні бути ретельно розраховані, а під час проведення харчування необхідно моніторувати толерантність до нього і, при необхідності, вчасно вносити корекцію.
6. Пацієнти з стійкою втратою ваги та рецидивуючою інфекцією органів грудної клітки мають бути негайно повторно обстежені на наявність дисфагії.

Обґрунтування

1. Орофаренгіальна дисфагія розвивається більш ніж у 50 % пацієнтів з П.
2. Прийом їжі через рот можливий, тільки у пацієнтів, які можуть ковтати маленькі порції води по команді і у яких збережений кашльовий рефлекс.
3. Комбінація приліжкових скринінгових тестів з контролем сатурації кисню підвищує чутливість зазначених ковтальних тестів (87-100 %).
4. Пацієнти з «німою/прихованою» аспірацією можуть «успішно» виконувати тест з водою, хоча аспірація у них відбуватиметься, тому необхідно щоденно проводити моніторинг порушень ковтання впродовж усього періоду госпіталізації.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Пацієнт з інсультом не повинен їсти, пити та приймати через рот ліки (нічого через рот - НЧР), доки не буде встановлено, що ковтання є безпечним.
2. Тест на порушення функції ковтання виконується лікуючим лікарем або іншим підготовленим медичним персоналом за спеціальною картою (Додаток № 7).
3. **Всім пацієнтам, в т.ч. й тим, які успішно пройшли скринінг дисфагії, необхідно щоденно проводити моніторинг порушень ковтання впродовж усього періоду госпіталізації, тому що порушення ковтання можуть розвинути у відтермінованому періоді.**
4. За результатами скринінгу лікар або дозволяє приймати їжу через рот, або визначає інші способи харчування пацієнта (Додаток № 8).
5. У разі заборони прийому їжі через рот весь персонал, який працює з пацієнтом, а також його родичі повинні бути повідомлені про таку заборону. Біля ліжка пацієнта повинна з'явитися позначка НЧР (нічого через рот).

6. Пацієнти з дисфагією повинні проходити щоденний моніторинг впродовж перших двох тижнів після виникнення інсульту для визначення покращання. Пацієнтам з порушенням ковтання рекомендована раннє встановлення назогастрального зонда (впродовж перших 48 годин з моменту виникнення інсульту).

7. Якщо дисфагія виражена і триватиме більше 6 тижнів, може бути показана гастростома чи єюностома, проте, вони не рекомендовані в перші 2 тижні після виникнення інсульту.

8. В подальшому оцінка довготривалих порушень ковтання має проводитись кожні 2-3 місяці впродовж першого року, потім – кожні 6 місяців.

9. Скринінг дисфагії проводиться біля ліжка пацієнта і полягає в оцінці рівня свідомості пацієнта і його здатності взяти участь в обстеженні, оцінці ступеня постурального контролю (пацієнт здатний сидіти в вертикальному положенні – за підтримки чи самостійно). Порушення свідомості і постурального контролю унеможливають подальший скринінг, пацієнта необхідно годувати не пероральним шляхом до наступного скринінгу.

10. Якщо пацієнт здатний активно брати участь в обстеженні і може за підтримки сидіти у вертикальному положенні, процедура також має включати:

1. спостереження за гігієною ротової порожнини, контроль слиновиділення;
2. спостереження за проявами порушень ротоглоткової фази ковтання (задуха, кашель, «вологий» голос тощо).
3. оцінка якості голосу пацієнта, функції м'язів ротової порожнини, чутливості ротової порожнини та начальних відділів глотки, і здатність кашляти.
4. за необхідності (для перевірки аспіраційного ризику) - проводяться тести з водою для перевірки функції ковтання.

11. Виконання тесту з 3 чайними ложками води.

Тест з 3-ма чайними ложками води.

Пацієнту пропонують випити по-черзі 3 чайні ложки води і після кожної випитої ложки спостерігають за появою ознак аспірації (кашель, зміна звучання голосу тощо). Якщо ознаки аспірації не з'явилися – пропонують випити воду із склянки, далі – спробувати проковтнути їжу різної текстури. Чутливість цього тесту >70 % і специфічність 22-66 % у виявленні аспірації.

4. Харчування пацієнтів з інсультом

Положення протоколу

1. За можливістю необхідно проводити ентеральне харчування, яке розпочинається у ранньому періоді (2–3 доба захворювання) з обов'язковим включенням до раціону вітамінів, мікроелементів, ненасичених жирних кислот.

2. Пацієнтам з інсультом необхідний контроль маси тіла та нутритивного статусу.

Обґрунтування

Випадки недостатнього харчування спостерігаються у 50 % пацієнтів з ІІ.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Задовольнити добову потребу пацієнта в рідині.
Добова потреба пацієнта у рідині складає 30-35 мл/кг ваги (це не враховує патологічні втрати, наприклад, у разі гіпертермії, блювання, діареї тощо).
2. Задовольнити добову потребу пацієнта в калоріях та поживних речовинах.
Добова потреба у калоріях розраховується за формулою:

$$1,2 \times (655,1 + 9,56 \times \text{маса тіла(кг)} + 1,85 \times \text{зріст(см)} - 4,68 \times \text{вік(років)}),$$
 що приблизно становить 30–35 ккал/кг/добу. Споживання білків має бути на рівні 1–1,2 г/кг/добу.
3. Моніторинг нутритивного статусу пацієнтів, які знаходяться у тяжкому стані, необхідно контролювати за допомогою оцінювання показників крові (рівень альбуміну та преальбуміну, кількості лімфоцитів).
4. Медикаментозне лікування проводиться згідно відповідних медико-технологічних документів. При порушеннях моторики травного каналу можна використовувати домперидон, метоклопрамід тощо. У разі закріпів слід призначати препарати лактулози (20-80 мл на добу), проносні засоби та очисні клізми.

5. Профілактика та лікування пролежнів

Положення протоколу

В усіх медичних закладах мають бути впроваджені заходи щодо зменшення ризику пролежнів, які включають чіткі рекомендації щодо оцінювання ризику з урахуванням особливостей пацієнтів, які перебувають у цьому закладі.

Обґрунтування

1. В усіх медичних закладах слід запровадити систему оцінювання ризику пролежнів у пацієнтів з інсультом.
2. Для документування тяжкості пролежнів слід використовувати класифікацію з підтвердженою валідністю (**Додаток № 16**).
3. Слід використовувати комплексний підхід до оцінювання ризику (з урахуванням оцінки за шкалою Браден) (**Додаток № 17**), проводити його після госпіталізації та повторювати так часто, як це необхідно, відповідно до стану пацієнта.

4. Слід розробити та запровадити окремий локальний протокол медичної допомоги пацієнтам з високим ризиком розвитку пролежнів.
5. Доведено, що недостатня вага пацієнта є модифікованим фактором ризику пролежнів, тому у кожного пацієнта з підвищеним ризиком пролежнів слід оцінити нутритивний (харчовий) стан та ризик недостатності харчування і, за необхідності, надати нутритивну допомогу: більш детальне обстеження з залученням дієтолога, оцінювання харчових потреб, усунення браку нутриєнтів, моніторинг та повторне оцінювання статусу харчування.
6. Сильний тиск на кісткові виступи впродовж короткого часу та несильний тиск впродовж тривалого часу є однаково шкідливими, тому слід приділяти увагу як силі, так і тривалості тиску.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Оцінювання ризику розвитку пролежнів

1. Навчити всіх медичних працівників розрізняти пролежні та інші види ран (венозні, артеріальні чи нейропатичні виразки, розриви шкіри, інтритриго), а також належним чином використовувати класифікацію пролежнів різної локалізації. (**Додаток № 16**), оцінювати ризик пролежнів (за шкалою Браден) та документувати результати оцінювань (**Додаток № 17**)
2. Оцінити ризик пролежнів та визначити тяжкість пролежню, за його наявності. (**Додатки №№ 16, 17**).
3. Під час оцінювання ризику слід враховувати фактори, які можуть суттєво впливати на ризик пролежнів, зокрема:
 - 4.1. нутритивний стан (рівень гемоглобіну та преальбуміну, харчування, вага),
 - 4.2. кровообіг в тканинах (цукровий діабет, нестабільність гемодинаміки, низький артеріальний тиск погіршують мікроциркуляцію та оксигенацію),
 - 4.3. зволоженість шкіри (сухість та надмірна вологість збільшують ризик пролежнів),
 - 4.4. тяжкість стану, супутні захворювання, похилий вік,
 - 4.5. порушення чутливості та температури тіла.

2. Догляд за шкірою

1. Повертайте пацієнта таким чином, щоб він не лежав на тій ділянці тіла, де виникає почервоніння шкіри.
2. *Не використовуйте* масаж для профілактики пролежнів, а також уникайте сильного тертя шкіри, яке може викликати мікротравми та/або запалення.
3. *Суха шкіра* є фактором ризику розвитку пролежнів. Щоб зменшити ризик пошкодження шкіри, **не протирайте** шкіру спиртовими розчинами, які містять камфору, діамантовий зелений, борну кислоту тощо, та роблять шкіру сухою.

4. Використовуйте засоби для пом'якшення та зволоження шкіри, такі як олії, креми, лосьйони.
5. Уникайте надмірного зволоження та перегріву ділянок шкіри, оскільки ці чинники погіршують захисні властивості рогового шару.

3. Харчування пацієнтів з пролежнями

1. Оцінювати нутритивний статус пацієнта з пролежнями необхідно на початку лікування та повторювати оцінювання в подальшому, особливо за відсутності позитивної динаміки з боку пролежнів.
2. З метою оцінювання нутритивного статусу та визначення необхідних втручань пацієнта з пролежнями, якщо це можливо, має оглянути дієтолог.
3. Оцінювання нутритивного статусу включає вимірювання ваги та її втрати ($>5\%$ за 30 днів або $>10\%$ за 180 днів), можливість їсти самостійно, адекватність харчування та можливості для усунення дефіциту нутриєнтів.
4. Пацієнтам з поганим нутритивним станом та ризиком пролежнів щоденно рекомендується споживати:
 - не менше 30–35 ккал на 1 кг маси тіла;
 - білку 1,25–1,5 г на 1 кг маси тіла;
 - 1 мл рідини на 1 споживану ккал;
5. Якщо харчові потреби пацієнта з поганим нутритивним станом та ризиком пролежнів неможливо забезпечити при звичайному харчуванні, слід розглянути використання змішаних харчових добавок з високим вмістом білку та інших цінних нутриєнтів (зокрема крізь назогастральний зонд чи гастростому) між прийомами їжі.

4. Положення тіла пацієнта у ліжку

1. Необхідно уникати перебування пацієнта у положенні, при якому є прямий тиск на пролежні.
2. Для пацієнтів з високим ризиком розвитку пролежнів для зменшення тиску на найбільш вразливі ділянки шкіри необхідно використовувати протипролежневі матраци.
3. Зміна положення тіла проводиться задля зменшення тривалості та рівня тиску на найбільш вразливі ділянки тіла (**Додаток № 18**).
4. У кожного пацієнта з підвищеним ризиком пролежнів слід розробити графік зміни положення тіла.
5. Змінювати положення тіла не рідше ніж раз на 2-3 години незалежно від якості матрацу.
6. Необхідно уникати стискання, тертя та зсуву шкіри, під час зміни положення тіла, використовувати допоміжні засоби.
7. Пацієнта слід піднімати, а не тягнути під час зміни положення тіла.
8. У разі високого ризику пролежнів пацієнта слід повертати кожні 1-2 години на $30-45^\circ$, укладаючи на один чи другий бік, спину або живіт (якщо немає протипоказань).

9. Уникати положень, у яких виникає значний тиск на вразливі ділянки тіла, зокрема на боці під кутом 90° або напівсидячи.
10. Коли пацієнт сидить, слід обирати зручне положення, яке не обмежує рухів та зменшує тиск на м'які тканини.
11. Не використовуйте кільцеподібні засоби для підкладання та не наближайте впритул до пролежнів джерела тепла (радіатори, обігрівачі, грілки тощо), оскільки це може викликати мацерацію шкіри та уповільнювати загоєння.
12. Використовуйте підставку для ніг, якщо ноги пацієнта не торкаються землі при сидінні.
13. Оскільки в положенні сидячи площа опори є порівняно невеликою, тиск і, відповідно, ризик появи пролежнів **збільшується**, тому час сидіння без полегшення тиску має бути обмеженим.
14. Збільшуйте обсяг рухів та мобільність наскільки це можливо.
15. Всім, хто бере участь у догляді за пацієнтом, слід надати інформацію про важливість зміни положення тіла для профілактики пролежнів, а також пояснити, як правильно змінювати положення тіла та які положення дозволяють запобігти появі пролежнів.

5. Лікування пролежнів

Обробка шкірних покривів та рани

1. Пролежні та шкіру навколо них слід промивати кожного разу, коли робиться заміна пов'язки.
2. Чисті пролежні промивають фізіологічним розчином або питною водою. Пролежні з ознаками інфекції, некрозу, струпу слід промивати розчинами протимікробних засобів під тиском, щоб очистити рану.
3. Слід робити відповідну дезінфекцію, щоб запобігти зараженню та поширенню інфекції у відділенні.

Заходи для очищення рани

1. Видалення нежиттєздатних тканин з дна чи країв пролежнів слід проводити, коли дозволяє стан пацієнта. Основні методи це хірургічне видалення, аутоліз, ферментне та механічне очищення.
2. Хірургічне очищення зазвичай використовують за наявності флуктуації, абсцесу, флегмони, сепсису. Коли немає ургентних показань, слід використовувати аутоліз, ферментне або механічне очищення рани.
3. Хірургічні втручання слід проводити особливо обережно у разі імунодефіциту, недостатності кровопостачання до нижніх кінцівок, лікування антикоагулянтами та відсутності антибіотикотерапії у септичних пацієнтів.
4. Під час та після очищення пролежня слід забезпечити відповідне знеболення. В подальшому рану слід оглядати щодня, щоб вчасно виявити ознаки інфекції та інші ускладнення.

Використання пов'язок

1. Пов'язку обирають в залежності від стану дна пролежня та шкіри навколо нього.

2. Слід розробити графік накладання та заміни пов'язок, дотримуючись рекомендацій виробників щодо способу використання і частоти заміни пов'язок.
3. Оберіть таку пов'язку, яка дозволить підтримувати дно пролежня вологим, а шкіру навколо нього сухою.
4. Слід надавати перевагу сучасним пов'язкам (гідроколоїди, гідрогелі, гідроволокна, піни, плівки, альгірати, м'який силікон), які створюють кращі умови для загоєння пролежнів у порівнянні з традиційними матеріалами (марля, марля з парафіном, прості наклейки).

6. Діагностики та лікування інфекцій у пацієнтів з пролежнями

1. Ознаками гострого інфекційного ускладнення пролежня є запалення (почервоніння, підвищення температури та/або інфільтрація шкіри навколо пролежня, біль), крепітація, флуктуація або гнійний ексудат.
2. Можлива також поява ознак системної інфекції (підвищення температури тіла, слабкість, збільшення лімфатичних вузлів), у осіб старечого віку – дезорієнтації та/або делірію.
3. Рекомендується зробити мікробіологічне дослідження мазка з дна пролежня (ексудат, гній або струп як матеріал використовувати не слід).
4. Слід уникати місцевого застосування антибіотиків через алергічні реакції, формування нечутливості та місцеве подразнення, яке уповільнює загоєння.
5. У разі неприємного запаху або анаеробної інфекції місцево можна застосовувати метронідазол.
6. Пацієнтам з клінічними ознаками поширення інфекції (флегмона, остеомієліт, системна запальна реакція, сепсис) слід призначити системні антибіотики з урахуванням чутливості та відповідно до медико-технологічних документів.

6. порушення дефекації та сечовипускання

Положення протоколу

1. Всі пацієнти з інсультом повинні бути обстежені в приймальному відділенні на предмет нетримання та затримки сечовипускання (без або з парадоксальним нетриманням сечі) і нетримання або затримки калу.
2. Пацієнти з інсультом і нетриманням сечі повинні бути обстежені спеціально навченим персоналом з використанням стандартної функціональної оцінки.

Обґрунтування

1. Порушення випорожнення кишечника та сечовипускання є поширеним явищем безпосередньо після інсульту.
2. Наявність порушення сечовипускання є поганим прогностичним фактором у відновленні після інсульту.
3. Основними заходами у пацієнтів з нетриманням сечі і калу є ретельний догляд.

4. Спеціальна тренувальна програма для сечового міхура може допомогти пацієнту в подальшому бути більш незалежним у побуті.

Необхідні дії лікаря

1. Ретельний сестринський догляд за пацієнтами з нетриманням сечі і калу в гострому періоді інсульту.
2. Слід уникати встановлення постійного сечового (уретрального) катетера, щонайменше в перші 48 годин, якщо тільки затримка сечі не залишається. В іншому випадку постійний сечовий катетер необхідно перевіряти щоденно і видалити так швидко, наскільки це можливо.
3. Необхідно забезпечити ретельний догляд за функцією кишечника у пацієнтів із персистуючою затримкою або нетриманням калу.

7. Падіння пацієнтів з інсультом

Положення протоколу

1. Необхідно навчити персонал та родичів, які доглядають за пацієнтами або приймають участь у реабілітації, безпечному переміщенню пацієнтів з інсультом.

Обґрунтування

1. Загрозливе ускладнення, яке **виникає у 25 % пацієнтів**, а у 5 % пацієнтів можуть розвиватися тяжкі травми (переломи стегнової кістки, шийки стегнової кістки), які ускладнюють процес реабілітації.
2. Когнітивні порушення, депресія, порушення чутливості - головні фактори ризику розвитку падінь.
3. Фізична реабілітація з використанням вправ, які відновлюють силу м'язів, та виконання вправ на рівновагу зменшує ризик падінь.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Проведення фізичної реабілітації всіх пацієнтів з інсультом.
2. Навчання персоналу, який доглядає або приймає участь в переміщенні пацієнта, прийомам переміщення та страхування пацієнтів при виконанні фізичних вправ.
3. Медикаментозне лікування: призначення препаратів кальцію, біфосфонатів здійснюється згідно відповідних медико-технологічних документів.
4. Використання протекторів стегна у пацієнтів з високим ступенем ризику.

IV.2. Неврологічні ускладнення

1. Післяінсультний біль

Положення протоколу

1. Необхідно проводити заходи для зменшення або усунення больового синдрому.
2. Лікування больового синдрому здійснюється відповідно до медико-технологічних документів, які регламентують надання медичної допомоги при больовому синдромі.
3. З метою попередження виникнення болю в плечовому суглобі рекомендована стратегія захисту плечового суглобу з мінімізацією його травматизму - обережне поводження з паретичною кінцівкою, у вертикальному положенні застосування підтримуючого биндажу для запобігання розтягування зв'язок капсули плечового суглобу.

Обґрунтування

1. Тривалий біль після інсульту спричиняє зниження якості життя, погіршує настрій, сон, соціальну активність.
2. Хронічний біль після інсульту виникає у 11-55 % пацієнтів.
3. Найбільш частими формами хронічного післяінсультного болю є: біль у ділянці плечового суглоба, біль внаслідок високого м'язового тону, центральний післяінсультний біль, головний біль напруження.
4. Центральний післяінсультний біль (ЦПІБ) виникає у 2-8 % пацієнтів після ГПМК, характеризується невропатичним болем (пекучий, гострий, колючий біль, який посилюється при торканні больової ділянки, дії на неї води, під час рухів), а також порушенням чутливості у частинах тіла відповідно до ураженої внаслідок ГПМК ділянки головного мозку.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Пацієнтам з інсультом, які мають центральний післяінсультний біль (ЦПІБ) призначаються антидепресанти (на початку амітриптилін). У разі його неефективності – інший антидепресант чи венлафаксин, або антиконвульсанти (наприклад, габапентин, ламотриджин, карбамазепін). Вибір медикаментозної терапії больового синдрому здійснюється відповідно до медико-технологічних документів.
2. Біль в плечовому суглобі слід лікувати за допомогою гімнастики (пасивної та активної, обережної), мобілізуючих методик (з акцентом на зовнішню ротацію та абдукцію плеча) за відсутності ефекту залучити високо інтенсивну крізь шкірну електронейростимуляцію та/чи нестероїдні протизапальні засоби.

2. Епілептичні напади

Положення протоколу

1. Призначення антиконвульсантів рекомендоване для лікування та попередження повторного виникнення післяінсультних епілептичних нападів.

2. Не рекомендоване призначення з профілактичною метою протиепілептичних засобів пацієнтам з інсультом, у яких ще не було епілептичних нападів.

Обґрунтування

1. Найчастіше епілептичні напади виникають впродовж перших 24 годин після розвитку інсульту та є, зазвичай, фокальними, з вторинною генералізацією чи без неї у 2-23 % пацієнтів.
2. Ризик виникнення епілептичних нападів високий у пацієнтів з ішемічними вогнищами кіркової локалізації, з тяжким інсультом, геморагічним інсультом. Повторні епілептичні напади виникають у 20-80 % пацієнтів.
3. Ризик виникнення ранніх післяінсультних епілептичних нападів (ті, що трапляються впродовж перших 2-х тижнів після інсульту) коливається від 2 % до 33 %.
4. Пізні післяінсультні епілептичні напади (після 2-го тижня з моменту інсульту), частіше виникають у пацієнтів з попередньо існуючою деменцією.

Необхідні дії лікаря

Бажані:

Вибір антиконвульсантів у пацієнтів з інсультом слід проводити відповідно до загальних принципів лікування епілептичних нападів та відповідно до медико-технологічних документів.

3. Психомоторне збудження

Положення протоколу

Необхідно визначити причину виникнення психомоторного збудження та здійснити необхідні лікувальні заходи.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. З'ясувати можливі причини збудження, включаючи внутрішньочерепні крововиливи, біль, затримку сечі, інфекційні ускладнення тощо.
2. Для короткої седації пацієнта слід використовувати, 100-200 мг тіопенталу або 10-20 мг пропофолу.
3. Для проведення тривалих процедур (КТ/МРТ дослідження) використовують: тіопентал (болюс 0,75 – 1,5 мг /кг з подальшою інфузією 2-3 мкг/год), діазепам 10-20 мг, пропофол (болюс 0,1-0,3 мг/кг з подальшою інфузією 0,6-6 мг/кг/год).
4. Використання всіх зазначених засобів потребує моніторингу гемодинаміки та функції зовнішнього дихання.

А.2.2.4. Реабілітація

Положення протоколу

1. Реабілітація пацієнтів після інсульту проводиться фахівцями мультидисциплінарної команди (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.
2. 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.
3. Пацієнти повинні бути мобілізовані якомога раніше і якомога частіше, переважно впродовж 24 годин від початку інсульту, якщо не має протипоказань.

Обґрунтування

1. Ранній початок реабілітації (як тільки буде досягнуто стабілізації основних вітальних функцій (гемодинаміки, дихання)) має позитивний вплив на відновлення функцій.
2. Когнітивний статус пацієнта впливає на перебіг та результати процесу реабілітації тому всім пацієнтам з інсультом необхідно оцінювати когнітивний статус в динаміці під час проведення реабілітації і при виписуванні.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Пацієнтам з гострим інсультом слід приймати положення сидячи якомога раніше.
2. Впродовж перших 3 діб після розвитку інсульту перед кожною мобілізацією пацієнта необхідно контролювати артеріальний тиск, сатурацію кисню і пульс.
3. Пацієнт з обмеженням пересування повинен бути оцінений фахівцем для визначення найбільш оптимальних та безпечних методів мобілізації.
4. МДК повинна збиратися регулярно (як мінімум один раз на тиждень) і обговорювати прогрес і проблеми в стані пацієнта, реабілітаційні цілі, лікувальні та реабілітаційні заходи і планування його виписки.
5. Індивідуальна реабілітаційна програма повинна регулярно оновлюватися на підставі оцінки стану пацієнта.
6. МДК повинна регулярно спілкуватися з пацієнтом, його родичами або особами, які доглядають за пацієнтом для залучення їх до процесу лікування та реабілітації, постановки мети і планування виписки.
7. Після оцінки стану особи, які доглядають за пацієнтом, та персонал повинні пройти навчання з використання відповідних методів мобілізації і технік пересування індивідуально для кожного пацієнта.
8. Навчання проводиться членами МДК.

9. Пацієнт повинен отримувати реабілітаційне лікування, інтенсивність і тривалість якого засновані на ІРП і відповідають потребам та рівню толерантності пацієнта до навантажень.
10. Пацієнтам з тяжким та середньої тяжкості інсультом, які готові до реабілітації (як тільки буде досягнуто стабілізація основних вітальних функцій) і мають реабілітаційні завдання, необхідно надати можливість брати участь у реабілітації.
11. Пацієнтам з важким та середньої тяжкості інсультом необхідно проводити регулярну оцінку для визначення їх потреб у реабілітаційних заходах.
12. Пацієнт після інсульту повинен займатися згідно з ІРП мінімум 1 годину з кожним фахівцем МДК, мінімум 5 разів на тиждень з урахуванням індивідуальних потреб і толерантності до навантажень.
13. Тривалість реабілітаційних втручань залежить від тяжкості інсульту. Рекомендується збільшувати тривалість та інтенсивність сеансів реабілітації з урахуванням індивідуальних потреб і толерантності до навантажень.
14. МДК повинна сприяти постійному застосуванню навичок, отриманих в ході реабілітації, у повсякденному активності пацієнта, пацієнтам повинна бути надана можливість і їх необхідно заохочувати практикувати ці навички так часто, як тільки можливо з урахуванням толерантності до навантажень.
15. Реабілітаційні втручання повинні включати повторення та інтенсивне використання завдань так часто, як можливо, з урахуванням індивідуальних потреб і толерантності до навантажень, які змушують пацієнта опановувати необхідні моторні навички, які залучають уражені кінцівки.
16. Оцінка функціональних порушень (оцінка когнітивних функцій скринінг депресії, скринінг здатності до пересування), та оцінки для визначення реабілітаційної програми проводяться переважно впродовж 2 тижнів після виникнення інсульту.

Заходи ранньої реабілітації:

1. Рання реабілітація - це комплекс втручань спрямованих на профілактику ускладнень та ранню вертикалізацію та мобілізацію пацієнта.
2. Період ранньої реабілітації починається з перших днів та триває перших 6 міс. захворювання.
3. Стан всіх пацієнтів, які госпіталізовані з гострим інсультом повинен бути оцінений фахівцем з реабілітації (фахівцями МДК) якомога раніше (в перші 24 - 48 год.) для призначення ІРП.
4. Пацієнти та особи, що за ними доглядають, повинні залучатися до процесу ранньої реабілітації.
5. Заходи ІРП мають бути спрямовані на профілактику розвитку ускладнень, повноцінне відновлення порушеної рухової активності та втрачених навичок самообслуговування для попередження або

зменшення ступеня інвалідності та зменшення строків непрацездатності. МДК повинна регулярно проводити мультидисциплінарну нараду, на якій визначаються проблеми пацієнта, цілі реабілітації, продовження моніторингу виконання ІРП та планування виписки.

6. ІРП призначається фахівцями МДК із урахуванням клінічного стану пацієнта, показників шкал та визначенням індивідуальних потреб пацієнта та виконуються під контролем лікаря невропатолога та лікаря ЛФК.
7. Для визначення ступеню функціональної незалежності пацієнта необхідно проводити оцінку стану пацієнта за шкалою Бартел (Додаток № 9).
8. Для призначення індивідуальної реабілітаційної програми (ІРП) необхідно діяти за алгоритмом:
 - 8.1. Обстеження для визначення функціональних порушень та обмежень.
 - 8.2. Прогнозування результатів реабілітаційного втручання.
 - 8.3. Планування реабілітаційного втручання.
 - 8.4. Проведення реабілітаційного втручання.
 - 8.5. Перегляд ІРП

Відносними протипоказаннями до мобілізації пацієнта з ішемічним інсультом визначені:

1. Нестабільний стан серцевої діяльності або функції інших органів.
2. Систолічний тиск <110 мм.рт.ст. або >220 мм.рт.ст.
3. Сатурація кисню <92%
4. ЧСС в спокої <40 або >110 уд.за хв.
5. Температура тіла >38.5°C

1. Фізична реабілітація пацієнтів з ішемічним інсультом

Положення протоколу

1. Тривалість фізичної реабілітації залежить від клінічного перебігу захворювання і ступеня порушення рухових функцій, не обмежується одним підходом.
2. Фізична реабілітація (фізична терапія) передбачає взаємодію між фахівцями фізичної реабілітації, пацієнтами, іншими професіоналами МДК, сім'ями, особами, які доглядають за пацієнтами з інсультом у процесі оцінки рухового потенціалу і узгодження цілей реабілітації пацієнта.
3. Реабілітаційні втручання застосовується у пацієнтів після інсульту модифікуються з метою досягнення узгоджених цілей, і можуть включати мануальні маніпуляції, удосконалення порушених рухових функцій, фізичні, механотерапевтичні засоби, функціональне тренування, надання послуг у галузі допоміжних технологій (ортезування та підбір засобів для пересування) орієнтоване на пацієнта.

Обґрунтування

1. Фізична реабілітація - це система заходів, мета якої відновлювати, компенсувати та розвивати нові фізичні, психологічні, соціальні та інші вміння і навички людини, які б дозволяли їй брати активну участь у житті суспільства, враховуючи зміну власного оточення та довкілля. Фізична реабілітація, орієнтована на відновлення ходи, повинна бути доступна для всіх пацієнтів, які оцінюються як стабільні з клінічної точки зору.
2. Своєчасне і раннє застосування адекватного фізичного навантаження в комплексному лікуванні наслідків ГПМК дуже часто має вирішальне значення у наступному відновленні таких пацієнтів. Адже фізичні вправи і рання мобілізація є ефективною профілактикою контрактур, пролежнів, тромбоемболій, утворення патологічних поз, застійних явищ в легенях, розвитку спастичності паретичних м'язів, що є характерним для осіб, які перенесли мозковий інсульт. Рання і адекватна рухова активність допомагає відновити втрачені функції, зменшує руховий дефект і покращує загальний фізичний та психоемоційний стан пацієнта.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

Загальні принципи реабілітаційних втручань у пацієнтів з інсультом

1. Пасивні рухи, пасивно-активні, пасивна механотерапія - профілактика виникнення контрактур в суглобах уражених кінцівок.
2. Дихальні вправи, вібраційні рухи, дренажні положення, стискання, ротація грудної клітини - профілактика виникнення дихальних ускладнень.
3. Зміна положень тіла пацієнта (перевертання) кожні 2-3 години - профілактика виникнення пролежнів.
4. Профілактика виникнення патологічних поз. Викладання кінцівок в правильне положення (протилежне патологічним позам) за допомогою ортезів, валиків, подушок.
5. Збільшення сили м'язів в уражених кінцівках досягається активними рухами, вправами з обтяженням (опір реабілітолога або тягарці)-активною механотерапією.
6. Функціональні можливості пацієнта **в положенні лежачи** – вправи на рівновагу в положенні лежачи, переміщення в ліжку.
7. Переведення пацієнта в положення сидючи.
8. Функціональні можливості пацієнта **в положенні сидючи** – вправи на рівновагу в положенні сидючи, переміщення в ліжку.
9. Переведення пацієнта в положення стоячи.

10. Оцінка функціональних можливостей пацієнта *в положенні стоячи* – вправи на рівновагу в положенні стоячи, функція стояння з підтримкою або без.
11. Підбір засобів для пересування.
12. Ортезування ураженої кінцівки.
13. Відновлення функції ходьби, координації та рівноваги.
14. Навчання пацієнта подоланню архітектурних бар'єрів в межах відділення та поза ним.
15. Робота з дрібною моторикою кисті.
16. Відновлення навичок самообслуговування.

Особливості відновлення верхньої кінцівки

1. На відновленні верхньої кінцівки позитивно впливає доповнення звичайних реабілітаційних практик розумовими практиками (комбінація когнітивних тренувань з фізичною реабілітацією).
2. Для профілактики виникнення підвивиху плечового суглобу паралізованої верхньої кінцівки та розвитку синдрому «больового плеча» у пацієнтів з інсультом на ранніх етапах реабілітації рекомендовано використання бандажу-фіксатора або ортезу плечового суглобу при вертикальному положенні пацієнта (стоячи, сидячи).
3. На покращення функціонального стану верхньої кінцівки використання бандажу-фіксатора або ортеза не впливає.
4. Біль у плечі є досить частим ускладненням у реабілітаційному періоді у пацієнтів з інсультом. Причиною розвитку больового синдрому вважають розтягнення сухожильної капсули навколо головки плечової кістки, слабкість якої розвивається в наслідок відсутності тонусу та рухової активності м'язів плеча та верхньої кінцівки.
5. Оцінку больового синдрому проводять з використанням 10-бальної шкали болю або візуально-аналогової шкали (**Додаток № 10**).
6. Корекцію больового синдрому в плечі призначає лікар відповідно до медико-технологічних документів.

2. Логопедична корекція

I. Комунікативні розлади

Положення протоколу

Пацієнти з комунікативними труднощами мають бути оглянуті фахівцем з мовних порушень/логопедом, їх лікування слід розпочинати якомога раніше, лікувальні сеанси слід проводити якомога частіше.

Обґрунтування

Афазія це набутий змішаний розлад мовлення, який характеризується втратою здатності говорити, писати і розуміти мову і письмо, при збереженні інших когнітивних здібностей без змін або супроводжуючись когнітивними змінами.

Афазія впливає на можливість спілкування, спосіб життя, особистість пацієнта, на ефективність реабілітаційного процесу в цілому.

Логопедична корекція виконується спеціалістом логопедом, який має підготовку у наданні допомоги пацієнтам з інсультом.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Оцінка та встановлення діагнозу афазії.
2. Диференціальна діагностика афазії від інших комунікативних проблем.
3. Надання консультацій та інформаційної підтримки для відновлення комунікативних можливостей або індивідуальна розробка альтернативних методів комунікації.
4. Логопедичні заняття повинні проводитися не менше ніж 2 години на тиждень.

II. Розлади ковтання (дисфагія)

Положення протоколу

Всі пацієнти з порушенням ковтання тривалістю більше 1 тижня повинні проходити програму ротоглоткової реабілітації ковтання, яка включає відновлювальні вправи та електростимуляцію для м'язів ротоглотки.

Особливу увагу необхідно приділяти корекційній дієті (густота їжі).

Обґрунтування

Дисфагія діагностується у 40 % пацієнтів з інсультом.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Необхідно виявити характер основних порушень ковтання за допомогою діагностичних заходів.
2. Оцінити можливості пацієнта для проведення можливостей корекції дисфагії (когнітивні розлади, мотивація).

3. Фізіотерапевтичні методи

Необхідні дії лікаря

Бажані:

1. Електростимуляція супраспинального та дельтовидного м'язів повинна проводитися пацієнтам з ризиком підвиху плеча на ураженій стороні.
2. Інші фізіотерапевтичні методи лікування призначаються лікарем при виникненні ускладнень.

A.2.2.5. Особливі проблеми реабілітаційного періоду у пацієнтів після інсульту

1.Когнітивні розлади

Положення протоколу

Когнітивна реабілітація має бути направлена на відновлення або на компенсацію втрачених або знижених когнітивних функцій з метою покращення адаптації та відновлення самостійності у більшості пацієнтів.

Лікування когнітивних порушень здійснюється відповідно до медико-технологічних документів.

Обґрунтування

1. Когнітивні порушення та деменція часто спостерігаються після інсульту (впродовж перших 12 міс).
2. Когнітивні розлади різної тяжкості є приблизно у двох третин пацієнтів, і у третині випадків вони досягають ступеня деменції.
3. Когнітивні розлади пов'язані з обмеженнями у повсякденній життєдіяльності, можуть призводити до значної залежності від сторонньої допомоги, негативно впливати на відновлення функцій та збільшувати смертність.
4. Когнітивні розлади після інсульту можуть мати різний перебіг. У частини пацієнтів когнітивні порушення можуть регресувати і навіть повністю зникнути, проте, майже у половини пацієнтів з судинними когнітивними розладами без деменції впродовж 5 років розвивається деменція.
5. Судинна деменція є другим за частотою типом деменції (після хвороби Альцгеймера), а поєднання нейро-дегенеративних та судинних уражень мозку є найчастішою причиною когнітивних розладів у літніх людей.
6. Є чимало доказів невеликого позитивного впливу галантаміну на когнітивні функції та поведінку при поєднанні хвороби Альцгеймера та цереброваскулярних захворювань, тому галантамін може розглядатися як засіб першої лінії для лікування пацієнтів зі змішаними когнітивними розладами.
7. Є чимало доказів невеликого позитивного впливу донепезилу на когнітивні функції та результати лікування в цілому (вплив на функціональний стан був менш переконливим), тому донепезил може розглядатися як засіб для лікування судинної деменції.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Всім пацієнтам після інсульту необхідно проводити оцінку когнітивних порушень.

2. Оцінку когнітивного статусу пацієнта необхідно виконувати з використанням загально прийнятих скринінгових шкал (**Додатки №№ 11, 12,**).
3. У пацієнтів з ознаками цереброваскулярних захворювань, зокрема у пацієнтів після інсульту, слід періодично (не рідше ніж один раз на рік) проводити скринінг на когнітивні порушення з використанням відповідних інструментів з підтвердженою валідністю.
4. Дослідження когнітивних функцій передбачає оцінювання рівня свідомості, уваги, орієнтації, пам'яті, мови, гнозису, зорово-просторового сприйняття, праксису та виконавчих функцій (судження, здатність передбачати наслідки своїх дій, розв'язання проблем, абстрактне мислення, планування, здатність розпочинати дії та реалізувати задуми).
5. Скринінг на когнітивні порушення може проводити лікар, медична сестра або фахівець з реабілітації, які мають належну підготовку.
6. Монреальське оцінювання когнітивних функцій (Montreal Cognitive Assessment – MoCA, **Додаток № 12**) вважається більш чутливим до судинних когнітивних порушень, ніж Міні-дослідження психічних функцій (Mini Mental Status Exam – MMSE, **Додаток № 11**). MoCA слід використовувати для скринінгу на когнітивні розлади у разі нормальної оцінки (>24 б.) за MMSE.
7. Поряд зі скринінгом на когнітивні порушення слід робити скринінг на депресію, оскільки депресія часто спостерігається після інсульту і може сприяти виникненню когнітивних розладів.
8. Якщо під час скринінгу виявлені когнітивні порушення, необхідно провести більш детальне нейропсихологічне дослідження з метою визначення тяжкості порушень та ступеню збереження різних когнітивних функцій та подальшої тактики лікування.
9. Детальне вивчення когнітивних функцій потребує спеціальних знань з медичної (клінічної) психології і має проводитись спеціалістом, який пройшов відповідне навчання.
10. У пацієнтів після інсульту або ТІА слід проводити оцінювання когнітивних функцій при переході до нового етапу лікування: перед випискою з лікарні, на початку реабілітації, потім через певні проміжки часу (не менше 1 разу на рік) впродовж стаціонарної чи амбулаторної реабілітації та подальшого спостереження.

Необхідні дії лікаря

Бажані:

1. Після проведення нейропсихологічного тестування, яке виявляє когнітивні можливості пацієнта необхідно проводити індивідуальну когнітивну та педагогічну корекцію виявлених порушень.
2. У пацієнтів з судинними когнітивними порушеннями слід проводити агресивне лікування всіх судинних факторів ризику до досягнення оптимального рівня контролю.

3. При лікуванні когнітивних порушень слід використовувати комплексний індивідуальний підхід, метою якого є повернення до бажаних видів діяльності, таких як робота, хобі, керуванням автомобілем, соціальна активність, стосунки з партнером, домашні справи тощо.
4. Стратегія відновного лікування та реабілітації має враховувати наявні когнітивні порушення та когнітивні можливості пацієнта, які визначені на підставі якомога більш детального нейропсихологічного дослідження.
5. Поряд з втручаннями, спрямованими на відновлення та тренування, слід розглядати використання компенсаторних заходів.
6. У пацієнтів з помірними та тяжкими судинними когнітивними порушеннями, слід розглянути питання про лікування інгібіторами холінестерази (галантамін, донепезил).

2. Емоційні та тривожні розлади

Положення протоколу

1. За наявності ознак депресії чи тривожності (при скринінгу) слід направити пацієнта на консультацію до психіатра або психотерапевта.
2. МДК при першій оцінці пацієнта повинна з'ясувати, чи відзначалася раніше депресія у пацієнта.
3. Всі пацієнти з очевидними симптомами депресії повинні пройти ретельний скринінг на предмет гіпоактивного делірію.

Обґрунтування

1. Депресія виявляється у 33 % пацієнтів, які вижили.
2. Предикторами післяінсультної депресії в процесі реабілітації є погіршення фізичного дефіциту, когнітивні порушення і зростання тяжкості інсульту.
3. Проведення корекції емоційних та тривожних розладів позитивно впливає на подальший процес реабілітації.
4. Немає встановлених рекомендацій для переваг використання якого-небудь одного класу антидепресантів перед іншими, однак профіль побічних ефектів свідчить, що інгібітори зворотного захоплення серотоніну можуть бути кращими у пацієнтів з інсультом.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Рекомендується спостереження пацієнтів для виявлення депресії впродовж перебування в стаціонарі та після виписки.
2. Всім пацієнтам повинен проводитися скринінг депресії за допомогою валідних шкал.
3. Скринінг на депресивні розлади необхідно проводити в основні перехідні моменти:

- 3.1. при надходженні пацієнта в інсультне відділення, особливо якщо в анамнезі є вказівки на епізоди депресії або мінливість настрою;
- 3.2. перед випискою додому або переведення на вторинний амбулаторний рівень реабілітації;
- 3.3. періодично (один раз на тиждень) впродовж перебування у стаціонарі;
- 3.4. періодично (один раз на місяць) впродовж 6 місяців після виписки, при реабілітації в умовах вторинного реабілітаційного відділення.
4. Якщо передбачається ризик розвитку депресії у пацієнта, він повинен бути направлений до психіатра або психолога для подальшої оцінки та діагностики.
5. Пацієнти з легкими депресивними симптомами повинні спостерігатися в режимі «настороженого очікування», медикаментозне лікування починається тільки в тому випадку, якщо депресія продовжується.
6. Таких пацієнтів слід залучати до наступних заходів: збільшення соціальної активності, збільшення фізичних вправ, постановка цілей, інший психологічний вплив.
7. Пацієнти з діагностованою депресією за відсутності протипоказань повинні отримувати лікування антидепресантами відповідно до вимог медико-технологічних документів.
8. Медикаментозна і немедикаментозна терапія призначається для поліпшення настрою пацієнта згідно відповідних медико-технологічних документів.
9. У дорослих пацієнтів, з тяжкою, тривалою плаксивістю, або яка завдає занепокоєння, інгібітори зворотного захоплення серотоніну рекомендовані як препарати вибору.
10. Повинен проводитися моніторинг лікування, яке слід продовжувати мінімум 6 місяців після досягнення позитивного результату.
11. Рутинне застосування антидепресантів з метою профілактики у інсультних пацієнтів не рекомендується.
12. Пацієнтам з помітною тривогою має бути запропонована консультація медичного психолога.
13. Пацієнти та особи, які доглядають за ними, потребують індивідуальної психосоціальної підтримки, яка повинна бути частиною тривалої програми відновлення після інсульту.

3. Проблеми зору у пацієнтів після інсульту

Положення протоколу

1. Всі пацієнти, які перенесли інсульт, повинні бути направлені до окуліста для скринінгового обстеження функції зору.
2. Пацієнти з візуально-просторовими розладами сприйняття (неглектоми) повинні проходити спеціальне навчання для покращання діяльності в повсякденному житті.

Обґрунтування

У пацієнтів після інсульту можуть розвинутися проблеми із зором в тому числі дефекти поля зору, розлади руху очей, візуально-просторова дисфункція, а також вікові проблеми з зором.

Необхідні дії лікаря

Бажані:

1. Всі пацієнтам необхідний правильний підбір окуляр.
2. Медичний персонал повинен слідкувати з тим, щоб пацієнти використовували прописані йому окуляри.

4. Післяінсультна спастичність

Положення протоколу

1. **Не рекомендується** рутинне застосування шин на верхню кінцівку для зменшення спастичності зап'ястка та м'язів-згиначів у пацієнтів після інсульту.
2. Медикаментозне лікування для зменшення спастичності може бути призначене деяким пацієнтам.
3. Застосування ботулотоксину типу А знижує спастичність.

Обґрунтування

Післяінсультна спастичність - тривала мимовільна гіперактивність скелетних м'язів.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

Лікування післяінсультної спастичності призначає лікар.

1. Медикаментозне лікування

Болутотоскин типу А. Максимальний антиспастичний ефект спостерігався через 4-6 тижнів після ін'єкції, повернення симптомів спастичності після застосування ботулотоксину типу А спостерігалось через 10-16 тижнів.

Показання для введення ботулотоксину типу А, дозування та частота введення визначається неврологом індивідуально для кожного пацієнта.

Введення ботулотоксину типу А виконується лікарем із спеціальною підготовкою.

Ефективність інших лікарських засобів не доведена, пероральні препарати використовуються обмежено через побічні ефекти.

2. Немедикаментозне лікування

1. Позиціонування ураженої кінцівки.
2. Магнітотерапія в антиспастичних режимах.
3. Холодові водні процедури перед проведенням фізичної реабілітації.

А.2.2.6. Профілактика

А.2.2.6.1. 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 дії, які слід робити.
2. Пацієнти після ішемічного інсульту або ТІА мають підвищений ризик повторного інсульту.
3. Медикаментозна профілактика та корекція виявлених факторів ризику, яка була розпочата відразу після судинної події, може знизити частоту розвитку повторного інсульту, інвалідизацію і смертність.

Обґрунтування

Пацієнти, які перенесли інсульт мають високий ризик виникнення повторного інсульту, призначення медикаментозної профілактики та корекція індивідуальних факторів ризику зменшує частоту розвитку повторного інсульту.

А.2.2.6.1.1. Медикаментозні методи профілактики:

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

Призначення антитромбоцитарної терапії

1. Всім пацієнтам з ІІ відразу після виключення геморагічного інсульту за допомогою нейровізуалізації, але не пізніше 48 год. від початку захворювання, має бути призначена ацетилсаліцилова кислота в дозі 160-325 мг (за відсутності дисфагії – *per os*, у разі дисфагії – в назогастральний зонд, в/м або *per rectum*).
2. Терапію АСК в зазначеній дозі слід продовжувати 2 тижні, після чого дозу можна зменшити до профілактичної (зазвичай 75-100 мг на добу). Замість АСК для тривалої вторинної профілактики може бути призначений інший антитромбоцитарний засіб (клопідогрель або комбінація АСК з дипіридамолом модифікованого вивільнення).
3. Всі пацієнти з ТІА повинні отримати 160-325 мг АСК на добу так швидко наскільки це можливо, якщо немає протипоказань.

Призначення антикоагулянтної терапії

1. Пацієнтам з кардіоемболічними ІІ, особливо на фоні фібриляції передсердь, призначається тривале лікування антикоагулянтами. Не рекомендується призначати комбінацію антикоагулянтів та антиагрегантів на тривалий час, якщо немає спеціальних показань (наприклад, стентування).
2. Стандартним лікарським засобом є варфарин.
3. Дозу варфарину підбирають індивідуально, під контролем МНВ.

4. МНВ необхідно контролювати регулярно та підтримувати на рівні 2,0-3,0.

Призначення статинів

1. Пацієнти з гострим інсультом, які отримували статини до судинної події повинні продовжувати приймати препарат надалі.
2. Призначення статинів рекомендується в першу чергу пацієнтам з атеротромботичним ішемічним інсультом для зниження ризику розвитку повторних судинних подій.
3. Пацієнти з ІІ або ТІА із підвищеним рівнем холестерину повинні отримувати лікування статинами.
 - 3.1. Якщо у пацієнта з ІІ виявлена ІХС, то цільовий рівень холестерину ЛПНП не повинен перевищувати 2,7 ммоль/л (100 мг/дл).
 - 3.2. У пацієнтів з ІІ, у яких виявлена комбінація кількох факторів ризику (наприклад, ІХС і ЦД) – цільовий рівень холестерину (ЛПНП) повинен бути менше 1,8 ммоль/л (70 мг/дл).
4. Рекомендації з призначення:
 - 4.1. Призначення та вибір лікарського засобу здійснюється згідно з відповідними медико-технологічними документами.
 - 4.2. Статини призначаються одноразово бажано з вечірнім прийомом їжі або дворазово (зранку та ввечері)

Призначення антигіпертензивної терапії

За наявності показань практично всім пацієнтам з ІІ до виписки з лікарні мають бути призначені антигіпертензивні засоби та статини відповідно до медико-технологічних документів, що регламентують надання медичної допомоги при артеріальній гіпертензії.

A.2.2.6.1.2. 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 отримання оптимального контролю.
3. Рекомендується використовувати шкалу ABCD та ABCD-2 для виявлення пацієнтів з високим ризиком розвитку інсульту (після ТІА) (Додаток № 14, Додаток № 15).

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.

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. Розглянути питання про доцільність призначення фармакологічної корекції гіперхолестеринемії статинами пацієнтам, які мають високий та дуже високий ССР та порушення обміну холестерину, яке не піддається немедикаментозній корекції.
3. Пацієнтам із групи високого та дуже високого ризику рекомендувати підтримувати рівень $3\text{ХС} < 4,5$ ммоль/л та $\text{ХС ЛПНЩ} < 2,5$ 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 $18,5 - 24,9 \text{ кг/м}^2$, $\text{ОТ} \leq 88 \text{ см}$ (у жінок), $\leq 102 \text{ см}$ (у чоловіків).

4. Контроль рівня глюкози

1. Пацієнти з цукровим діабетом мають високий ризик повторного інсульту.
2. Контроль рівня глюкози повинен проводитися за допомогою дієти та підбору антидіабетичних засобів.
3. Цільовий рівень гліколізованого гемоглобіну не повинен перевищувати 6,5 %.

5. Контроль АТ

1. Рекомендований рівень АТ - не більше 140/80 мм рт.ст.
2. У пацієнтів з супутнім цукровим діабетом - не більше 130/80 мм рт.ст.
3. При виборі антигіпертензивних засобів перевагу необхідно віддавати препаратам довготривалої дії, для досягнення цільового АТ необхідно використовувати комбіновану терапію відповідно до медико-технологічних документів, що регламентують надання медичної допомоги при артеріальній гіпертензії.

6. Фізична активність

1. Для пацієнтів, які перенесли інсульт та мають обмеження в пересуванні, безпечні фізичні навантаження визначаються в індивідуальній програмі реабілітації.
2. Для не інвалідизованих пацієнтів та у пацієнтів після ТІА рекомендується ходьба 30-40 хвилин не рідше 4-5 раз на тиждень.

7. Лікування синдрому апное під час сну

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

А.2.2.6.1.3 Хірургічні методи профілактики повторного інсульту (каротидна ендартеректомія, ангіопластика та стентування)

Положення протоколу

1. Хірургічне лікування при стенотичних ураженнях церебральних артерій можуть виконуватись у спеціалізованих нейрохірургічних та судинних відділеннях з необхідним досвідом відповідних оперативних втручань.
2. При лікуванні пацієнта у судинному або в рентген-хірургічному відділенні обов'язкова участь невролога в обґрунтуванні показань до проведення операції.
3. До основних критеріїв, які враховуються у визначенні показань і вибору виду оперативного лікування (прямого або ендоваскулярного), відносяться: ступінь звуження артерії, клінічний перебіг захворювання, ризик втручання для життя пацієнта і ризик розвитку післяопераційних неврологічних та серцевих ускладнень.
4. Супутня соматична патологія, локалізація стенотичного ураження, стан колатерального мозкового кровотоку у пацієнта, адекватна підготовка і досвід хірурга, що проводить операцію, складають основні критерії, від яких залежить безпечність проведення прямих хірургічних та інтервенційних нейро-радіологічних втручань.
5. Операції на хребтових артеріях (ХА) виконуються лише при симптомному перебігу захворювання і за умов неефективності консервативної терапії.
6. Доцільність хірургічного втручання при стенотичному ураженні ХА розглядається лише за умов декомпенсованого кровотоку по протилежній хребтовій артерії (оклюзія, атрезія, гіпоплазія) або внаслідок анатомічного варіанту переходу протилежної хребтової артерії у задньо-нижню артерію мозочка.
7. У разі поєднання стенотичного ураження ХА із гемодинамічно значимим ($>70\%$) стенозуванням ВСА в першу чергу необхідно виконувати операцію на сонній артерії і оцінювати динаміку клінічного перебігу захворювання.
8. Оперативні втручання при подовженнях (петлеутвореннях, перегибах) магістральних артерій шиї виконуються за умов симптомного перебігу і неефективності медикаментозної терапії, при наявності сегментарного стенозування, яке перевищує 70% , гострих кутах при перегибах та доплерографічно доведених недостатності кровообігу в зоні кровопостачання артерії.
9. Усі пацієнти, яким проведено оперативне лікування, потребують постійного спостереження у невролога і продовження постійного медикаментозного контролю факторів ризику ішемічного інсульту (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, гіперхолестеринемія та ін.), постійної антиагрегантної терапії, за показаннями – постійної антикоагулянтної терапії.

А.2.2.7. Виписка та рекомендації

Положення протоколу

1. Тривалість стаціонарного лікування залежить від тяжкості інсульту і складає від 7 до 28 діб (з них впродовж 7-14 – у спеціалізованому інсультному відділенні).
2. Рання виписка пацієнта з інсультного відділення до дому можлива у разі інсульту легкого або середнього ступеня тяжкості, за умови подальшого продовження реабілітації МДК в ЗОЗ, які надають вторинну амбулаторну медичну допомогу.
3. Після виписки пацієнти повинні знаходитися під постійним наглядом невролога ЗОЗ, який надає вторинну амбулаторну медичну допомогу, сімейного лікаря за місцем проживання та продовжувати виконувати настанови МДК.
4. Всім пацієнтам з інсультом, які виписуються із стаціонару, повинні бути надані індивідуальні рекомендації з питань профілактики розвитку повторного інсульту та реабілітації.

Обґрунтування

Планування виписки та надання індивідуальної програми реабілітації та профілактики повторного інсульту позитивно впливає на результати медичної допомоги та реабілітації на вторинному амбулаторному та первинному рівнях медичної допомоги.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові:

1. Оцінити ступінь незалежності пацієнта в повсякденному житті за модифікованою шкалою Ренкіна (**Додаток № 13**).
2. Надати пацієнту при виписці індивідуальний план (програма) заходів вторинної профілактики та корекції факторів ризику.
3. Надати пацієнту індивідуальну програму реабілітаційних заходів для виконання на вторинному амбулаторному рівні медичної допомоги.
4. Надати пацієнту після інсульту роздрукований «Інформаційний лист для пацієнта, який переніс інсульт» (**Додаток № 19**).
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.

А.3. ЕТАПИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ

А.3.1. Алгоритм лікування

Лікування гострого ішемічного інсульту здійснюється в спеціалізованих відділеннях. Лікування складається із базисної терапії, направленої на відновлення функцій життєво важливих органів та систем та спеціалізованої (диференційованої) терапії.

А.3.2. Алгоритм первинної та вторинної профілактики

Первинна профілактика розвитку інсульту та профілактика виникнення повторного інсульту розглядається з позиції загальної профілактики АГ і полягає у виявленні і корекції доведених факторів ризику. Алгоритм профілактики визначається уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія» (2012), затвердженим МОЗ України.

А.4. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

А.4.1. Вимоги для установ, які надають первинну медичну допомогу

А.4.1.1. Кадрові ресурси

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

А.4.1.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення

Тонометр з набором манжет для вимірювання артеріального тиску на руках, ногах та дитячих, фонендоскоп/стет фонендоскоп, ваги медичні, ростомір, язикотримач та інше відповідно до табеля оснащення.

А.4.2. Вимоги для установ, які надають екстрену медичну допомогу

А.4.2.1. Кадрові ресурси

Лікар зі спеціалізацією “медицина невідкладних станів” та/або фельдшер, медична сестра, водій.

А.4.2.2. 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, фонендоскоп/стет фонендоскоп, язикотримач та інше відповідно до табеля оснащення.

Лікарські засоби

Комбіновані α - и β -адреноблокатори: лабеталол; альфа-адреноблокатори: урапідил; селективні (β_1) – адреноблокатори: есмолол, метопролол; інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту: еналаприл; розчини електролітів: натрію хлорид, магнію сульфат; перфузійні розчини: глюкоза; анксіолітики, похідні бензодіазепіну: діазепам.

A4.3 Вимоги для установ, які надають вторинну медичну допомогу

A4.3.1 Кадрові ресурси

Лікар-невролог, який має підготовку з питань анестезіології та інтенсивної терапії та спеціалізується на веденні хворих на інсульт, терапевт, нейрохірург, кардіолог, ендокринолог, логопед, фахівець з фізичної реабілітації, медичний психолог, соціальний працівник. Штатний розклад відділень, які надають допомогу при інсульті має бути мультидисциплінарним.

A.4.3.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення

КТ або МРТ, які працюють в цілодобовому режимі, монітор для цілодобового контролю життєвих показників, пульсоксиметрії, портативні апарати для вимірювання рівня глюкози крові, температури тіла, електрокардіограф багатоканальний, ехоенцефалограф, ліжко функціональне, аналізатор агрегації тромбоцитів, аналізатор біохімічний автоматичний селективний, аналізатор гемокоагуляції, мікроскоп біологічний бінокулярний з імерсією, спис-скаріфікатор одноразового використання, та інше відповідно до табеля оснащення.

Лікарські засоби

Комбіновані α - и β -адреноблокатори: лабеталол; альфа-адреноблокатори: урапідил; селективні (β_1) – адреноблокатори: есмолол, метопролол; інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту: еналаприл; периферійні вазодилататори, які застосовуються в кардіології, органічні нітрати: нітрогліцерин; периферійні вазодилататори змішаної дії: нітропрусид; розчини електролітів: натрію хлорид, розчин Рінгера; перфузійні розчини: глюкоза; антитромботичні засоби: антиагреганти: ацетилсаліцилова кислота, антикоагулянти: антагоністи вітаміну К: варфарин; нефракціонований гепарин, низькомолекулярні гепарини: еноксапарин; анксіолітики, похідні бензодіазепіну: діазепам, засоби, які діють на нервову систему, засоби для загальної анестезії: тіопентал, пропофол, вітаміни: тіамін, антибактеріальні засоби для системного застосування, похідні імідазолу: метронідазол.

А 5. Клінічні індикатори

В цьому розділі нижченаведені терміни вживаються в такому значенні:

Спеціалізований стаціонар - відділення інтенсивної терапії, відділення екстреної медичної допомоги, спеціалізовані інсультні відділення багатoproфільних лікарняних закладів (номенклатура згідно наказу МОЗ від 28.10.2002 № 385), багатoproфільні лікарні (клінічні лікарні) інтенсивного лікування (номенклатура згідно наказу МОЗ від 05.10.2011 № 646)

Форма 003/о - Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о), затверджена наказом МОЗ України від 26.07.1999 № 184 «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в стаціонарах лікувально-профілактичних закладів».

Форма 025/о - Медична карта амбулаторного хворого (Форма 025/о), затверджена наказом МОЗ України від 27.12.1999 № 302 «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в поліклініках (амбулаторіях)»

Форма 027/о - Виписка із медичної карти стаціонарного хворого (форма 027/о), затверджена наказом МОЗ України від 29.12.2000 № 369 «Про затвердження форм медичної облікової документації, що використовується в стаціонарах і поліклініках (амбулаторіях)»

Форма 030/о - Контрольна карта диспансерного нагляду (Форма 030/о), затверджена наказом МОЗ України від 27.12.1999 № 302 «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в поліклініках (амбулаторіях)»

5.1. Перелік індикаторів

1. Наявність у лікаря загальної практики - сімейного лікаря локального протоколу ведення пацієнта з ішемічним інсультом.
2. Відсоток пацієнтів, для яких отримано інформацію про медичний стан впродовж звітного періоду.
3. Відсоток пацієнтів, які отримали медичну допомогу в спеціалізованому стаціонарі впродовж звітного періоду.
4. Відсоток пацієнтів, у яких не було повторного інсульту впродовж одного року.
5. Відсоток пацієнтів, які були доставлені до спеціалізованого стаціонару не пізніше ніж через 4.5 години з моменту появи симптомів інсульту.
6. Наявність в ЗОЗ локального протоколу надання медичної допомоги пацієнту з підозрою на ішемічний інсульт в «період вікна терапевтичних можливостей» на догоспітальному і стаціонарному етапах медичної допомоги в даному ЗОЗ.
7. Загальна кількість пацієнтів, яким була надана спеціалізована медична допомога у вигляді системного тромболітичного лікування з використанням рТПА.

5.2. Обчислення індикатора

5.2.1.1. Назва індикатора

Наявність у лікаря загальної практики - сімейного лікаря локального протоколу ведення пацієнта з ішемічним інсультом

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

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги: «Ішемічний інсульт (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога та медична реабілітація)».

5.2.1.3. Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор

Структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

5.2.1.4. Організація (заклад охорони здоров'я), яка надає необхідні вихідні дані

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.

5.2.1.5. Організація (заклад охорони здоров'я), яка надає необхідні вихідні дані

5.2.1.5.1. Джерело (первинний документ)

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

5.2.1.5.2. Опис знаменника

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих в районі обслуговування.

5.2.1.6. Характеристики чисельника індикатора

5.2.1.6.1. Джерело (первинний документ)

ЛПМД, наданий лікарем загальної практики - сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги)

5.2.1.6.2. Опис чисельника

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих в районі обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу медичної допомоги пацієнтам з мозковим інсультом (наданий екземпляр ЛПМД).

5.2.1.7. Алгоритм обчислення індикатора

5.2.1.7.1. Тип підрахунку

Ручне обчислення

5.2.1.7.2. Детальний опис алгоритму

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 в районі обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника на наводиться у відсотках.

5.2.1.8. 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 чинним 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 :

2012 рік – 50%

2013 рік – 90%

2014 рік та подальший період – 100%.

5.2.2.1. Назва індикатора

Відсоток пацієнтів, для яких отримано інформацію про медичний стан впродовж звітного періоду

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

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги: «Ішемічний інсульт (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога та медична реабілітація)».

5.2.2.3. 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.

5.2.2.4. Організація (заклад охорони здоров'я), яка надає необхідні вихідні дані

Дані про кількість пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора, 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.

5.2.2.5. Організація (заклад охорони здоров'я), яка надає необхідні вихідні дані

5.2.2.5.1. Джерело (первинний документ)

Форма 025/о

Форма 030/о

5.2.2.5.2. Опис знаменника

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.

5.2.2.6. Характеристики чисельника індикатора.

5.2.2.6.1. Джерело (первинний документ).

Форма 025/о, вкладний листок №2 "Щорічний епікриз на диспансерного хворого")

Форма 030/о, пункт "7.Контроль відвідувань"

5.2.2.6.2. Опис чисельника

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.

5.2.2.7. Алгоритм обчислення індикатора

5.2.2.7.1. Тип підрахунку

Ручне обчислення

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.

5.2.2.7.2. Детальний опис алгоритму

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), 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 та наводиться у відсотках.

5.2.2.8. 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.

5.2.3.1. Назва індикатора

Відсоток пацієнтів, які отримали медичну допомогу в спеціалізованому стаціонарі впродовж звітного періоду

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

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги: «Ішемічний інсульт (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога та медична реабілітація)».

5.2.3.3. 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.

5.2.3.4. Організація (заклад охорони здоров'я), яка надає необхідні вихідні дані

Дані про кількість пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора, 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.

5.2.3.5. Організація (заклад охорони здоров'я), яка надає необхідні вихідні дані

5.2.3.5.1. Джерело (первинний документ)

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о)

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о)

5.2.3.5.2. Опис знаменника

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 "Гостре порушення мозкового кровообігу" або "Ішемічний інсульт" впродовж звітного періоду.

5.2.3.6. Характеристики чисельника індикатора.

5.2.3.6.1. Джерело (первинний документ).

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0)

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о)

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

5.2.3.6.2. Опис чисельника

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 "Гостре порушення мозкового кровообігу" або "Ішемічний інсульт" впродовж звітного періоду, для яких наявні записи про лікування у спеціалізованому стаціонарі.

5.2.3.7. Алгоритм обчислення індикатора

5.2.3.7.1. Тип підрахунку

Ручне обчислення

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.

5.2.3.7.2. Детальний опис алгоритму

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 "Гостре порушення мозкового кровообігу" або "Ішемічний 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 та наводиться у відсотках.

5.2.3.8. 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. Джерелом такої інформації має бути Виписка із медичної карти стаціонарного хворого (форма 027/о) або відповідні записи в первинній медичній документації.

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

5.2.4.1. Назва індикатора

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

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

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги: «Ішемічний інсульт (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога та медична реабілітація)».

5.2.4.3. 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.

5.2.4.4. Організація (заклад охорони здоров'я), яка надає необхідні вихідні дані

Дані про кількість пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора, 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.

5.2.4.5. Організація (заклад охорони здоров'я), яка надає необхідні вихідні дані

5.2.4.5.1. Джерело (первинний документ)

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о)

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о)

5.2.4.5.2. Опис знаменника

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, яким було встановлено діагноз «Ішемічний інсульт» впродовж звітного періоду.

5.2.4.6. Характеристики чисельника індикатора.

5.2.4.6.1. Джерело (первинний документ).

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0), вкладний листок №2 "Щорічний епікриз на диспансерного хворого")

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

5.2.4.6.2. Опис чисельника

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

5.2.4.7. Алгоритм обчислення індикатора

5.2.4.7.1. Тип підрахунку

Ручне обчислення

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.

5.2.4.7.2. Детальний опис алгоритму

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), з діагнозом «Ішемічний 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. Наприклад: значення індикатора за 2010 рік може обчислюватися не раніш ніж 1 січня 2012 року.

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

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника та наводиться у відсотках.

5.2.4.8. 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) після спливання повного року з моменту ішемічного 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 ішемічний 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.

5.2.5.1. Назва індикатора

Відсоток пацієнтів, які були доставлені до спеціалізованого стаціонару не пізніше ніж через 4.5 години з моменту появи симптомів інсульту

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

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги: «Ішемічний інсульт (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога та медична реабілітація)».

5.2.5.3. 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.

5.2.5.4. Організація (заклад охорони здоров'я), яка надає необхідні вихідні дані

Дані про кількість пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора, 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.

5.2.5.5. Організація (заклад охорони здоров'я), яка надає необхідні вихідні дані

5.2.5.5.1. Джерело (первинний документ)

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0)

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о)

Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о)

5.2.5.5.2. Опис знаменника

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 "Гостре порушення мозкового кровообігу" або "Ішемічний інсульт" впродовж звітного періоду.

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

5.2.5.6. Характеристики чисельника індикатора.

5.2.5.6.1. Джерело (первинний документ).

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0)

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о)

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

Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о)

5.2.5.6.2. Опис чисельника

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які були доставлені до закладу охорони здоров'я з ГПМК або ішемічним 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.

5.2.5.7. Алгоритм обчислення індикатора

5.2.5.7.1. Тип підрахунку

Ручне обчислення

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.

5.2.5.7.2. Детальний опис алгоритму

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 та наводиться у відсотках.

5.2.5.8. 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 тромболізу.

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 "Гостре порушення мозкового кровообігу" або "Ішемічний 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.

5.2.6.1. Назва індикатора

Наявність в ЗОЗ локального протоколу надання медичної допомоги пацієнту з підозрою на ішемічний інсульт в «період вікна терапевтичних можливостей» на догоспітальному і стаціонарному етапах медичної допомоги в даному ЗОЗ.

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

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги: «Ішемічний інсульт (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога та медична реабілітація)».

5.2.6.3. Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор

Структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

5.2.6.4. Організація (заклад охорони здоров'я), яка надає необхідні вихідні дані

Дані надаються ЗОЗ, які надають допомогу хворим з ГПМК та інсультом, розташованими в районі обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

5.2.6.5. Організація (заклад охорони здоров'я), яка надає необхідні вихідні дані

5.2.6.5.1. Джерело (первинний документ)

Звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість спеціалізованих стаціонарів, які надають допомогу пацієнтам з ГПМК та інсультом, зареєстрованих в районі обслуговування

5.2.6.5.2. Опис знаменника

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

5.2.6.6. Характеристики чисельника індикатора.

5.2.6.6.1. Джерело (первинний документ).

ЛПМД, наданий спеціалізованим стаціонаром, який надає допомогу пацієнтам з ГПМК та інсультом.

5.2.6.6.2. Опис чисельника

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

5.2.6.7. Алгоритм обчислення індикатора

5.2.6.7.1. Тип підрахунку

Ручне обчислення

5.2.6.7.2. Детальний опис алгоритму

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх спеціалізованих стаціонарів, які надають допомогу пацієнтам з ГПМК та інсультом, зареєстрованих в районі обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника наводиться у відсотках.

5.2.6.8. 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 чинним 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 :

2012 рік – 50%

2013 рік – 90%

2014 рік та подальший період – 100%.

5.2.7.1. Назва індикатора

Загальна кількість пацієнтів, яким була надана спеціалізована медична допомога у вигляді системного тромболітичного лікування з використанням рТАП.

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

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги: «Системний тромболізис при ішемічному інсульті (екстрена, вторинна (спеціалізована) медична допомога)».

5.2.7.3. Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор

Структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Спеціалізовані стаціонари, які надають допомогу пацієнтам з ГПМК та інсультом .

5.2.7.4. Організація (заклад охорони здоров'я), яка надає необхідні вихідні дані

Дані надаються ЗОЗ, які надають допомогу хворим з ГПМК та інсультом, розташованими в районі обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

5.2.7.5. Характеристики індикатора.

5.2.7.5.1. Джерело (первинний документ)

Медична карта стаціонарного хворого (форма 030/о).

5.2.7.5.2. Опис значення.

Значення індикатора складає загальна кількість Медичних карт стаціонарного хворого (форма 030/о) спеціалізованих стаціонарів, які надають допомогу пацієнтам з ГПМК та інсультом, в яких задокументовано факт проведення системного тромболітичного лікування з використанням рТАП пацієнтам, вибулим зі стаціонару впродовж звітного періоду.

5.2.7.6. Характеристики чисельника індикатора.

5.2.7.7. Алгоритм обчислення індикатора

5.2.7.7.1. Тип підрахунку

Ручне обчислення

При наявності При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що

відповідає Медичній карті стаціонарного хворого (форма 030/о) – автоматизована обробка.

5.2.7.7.2. Детальний опис алгоритму

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх спеціалізованих стаціонарів, які надають допомогу пацієнтам з ГПМК та інсультом, зареєстрованих в районі обслуговування.

5.2.7.8. Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор відображує загальну кількість пацієнтів, яким була надана спеціалізована медична допомога у вигляді системного тромболітичного лікування з використанням рТАП. Бажаний рівень значення індикатора на етапі запровадження не визначається, індикатор представляється у вигляді абсолютної величини.

Б. БІБЛІОГРАФІЯ

1. Електронний документ: «Рекомендації щодо ведення хворих з ішемічним інсультом та транзиторною ішемічною атакою». Адаптована клінічна настанова. – 2012.
2. Електронний документ: «Реабілітація, профілактика і лікування ускладнень та планування виписки при ішемічному інсульті». Адаптована клінічна настанова. – 2012.
3. Електронний документ: «Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із гострим ішемічним інсультом та ТІА». Адаптована клінічна настанова. – 2012.
4. Мищенко Т.С. Лечение и вторичная профилактика ишемического инсульта. Журнал практичного лікаря. № 2 2005 –с.8.
5. «Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із ГПМК», Методичні рекомендації, Міністерство охорони здоров'я України, Київ, 2005.
6. Наказ МОЗ України від 30.07.2002г № 297 «Про вдосконалення медичної допомоги хворим з цереброваскулярною хворобою».
7. Наказ МОЗ України від 17.01.2005р № 24 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Медицина невідкладних станів"».
8. Наказ МОЗ України від 03.07.2006р № 436 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Кардіологія"».
9. Наказ МОЗ України від 17.08.2007р № 487 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Неврологія"».
10. Наказ МОЗ України від 13.06.2008р № 317 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Нейрохірургія"».

11. Наказ МОЗ України від 28.03.2012 № 209 «Про затвердження четвертого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності»

В. Додатки

- 1 Додаток № 1. Оцінка життєвих функцій організму – дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE
- 2 Додаток № 2. Алгоритм прийому виклику диспетчером ШМД при підозрі на ГПМК.
- 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 ковтання.
- 8 Додаток № 8. Форма для клінічного оцінювання ковтання .
- 9 Додаток № 9. Шкала активності Бартел.
- 10 Додаток № 10. Шкала оцінки болю.
- 11 Додаток № 11. Коротке обстеження когнітивних функцій_Шкала MMSE.
- 12 Додаток № 12. Шкала МОСА.
- 13 Додаток № 13. Модифікована Шкала Ренкіна.
- 14 Додаток № 14. Шкала ABCD.
- 15 Додаток № 15. Шкала ABCD-2.
- 16 Додаток № 16. Міжнародна класифікація пролежнів за тяжкістю
- 17 Додаток № 17. Шкала пролежнів Браден.
- 18 Додаток № 18. Положення тіла пацієнта для уникнення пролежнів.
- 19 Додаток № 19. Інформаційний лист для пацієнта, що переніс інсульт.
- 20 Додаток № 20. Алгоритм корекції внутрішньочерепної гіпертензії.

Додаток № 1

до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Інсульт ішемічний (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)»

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 медичної допомоги «Інсульт ішемічний (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)»

АЛГОРИТМ ПРИЙОМУ ВИКЛИКУ ДИСПЕТЧЕРОМ ШМД 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 медичної допомоги.
4. Не залишайте пацієнта без нагляду.

Додаток № 3

до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Інсульт ішемічний (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)»

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 грудину, 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 грудину 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, «мовний нісенітниця» 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 медичної допомоги «Інсульт ішемічний (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)»

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

УВАГА на виконання тесту відводиться до 7 хвилин!

1. порушення мови	☐ 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).
	☐ ні	
2. Парез мимічної мускулатури	☐ так	Необхідно виявити асиметрію обличчя, яка виникла вперше, в спокої та при виконанні команди посміхнутися чи показати вищирені зуби.
	☐ ні	
Уражена сторона обличчя	☐ ліва ☐ права	Відмітьте сторону ураження (сторона де виражений парез мускулатури).
3 Слабкість в руці	☐ так	Підніміть обидві руки пацієнта до кута 90° якщо пацієнт сидить, і на 45°, якщо пацієнт лежить.
Уражена рука	☐ 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.
	☐ ліва	
	☐ права	
Висновок:		

Додаток № 5

до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Інсульт ішемічний (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)»

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

ВКАЗІВКИ
• Оцінюйте всі розділи шкали інсульту в поданому порядку і відразу записуйте оцінку в кожному розділі. • Не повертайтеся до попередніх розділів і не змінюйте оцінок. • Дотримуйтесь 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 1А. РІВЕНЬ СВІДОМОСТІ. 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 рефлексорних) на больові подразники. Шкала: її визначення (пояснення) 0: притомний , реагує швидко. 1: оглушення , сонливий але можливо опритомнити легкими подразниками, і тоді виконує накази, відповідає, реагує. 2: напівпритомний , реагує повільно, потребує повторної стимуляції до участі, оглушений і потрібні сильні чи больові подразники, щоб викликати рухи (не шаблонні). 3: непритомний (кома) , реагує тільки рефлексорними рухами чи вегетативними проявами або зовсім не реагує, має низький тонус м'язів, рефлекси відсутні. ОЦІНКА: _____
1Б. РІВЕНЬ СВІДОМОСТІ: ЗАПИТАННЯ. 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. Шкала: її визначення 0: правильно відповів на обидва запитання. 1: правильно відповів на одне запитання. 2: не дав жодної правильної відповіді. ОЦІНКА: _____
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 рефлексорні (окулоцефальний рефлекс) рухи очей, без калоричних проб. Якщо очні яблука хворого парно відхилені вбік, але при довільних чи рефлексорних 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, сліпотю та іншими порушеннями гостроти чи полів зору слід перевірити рефлексорні 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 захочувати 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 вибіркового 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 жєстами), 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 градусів до тіла (якщо хворий сидить) або 45 градусів 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 градусів), 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:

5а: ліва рука _____

5б: 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 градусів 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 30 градусів 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 ГЕМІІГНОРУВАННЯ, НЕГЛЕКТ)

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

Під візуальним геміігноруванням 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.

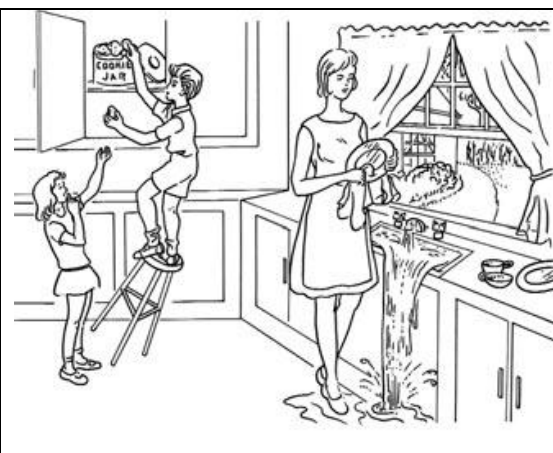
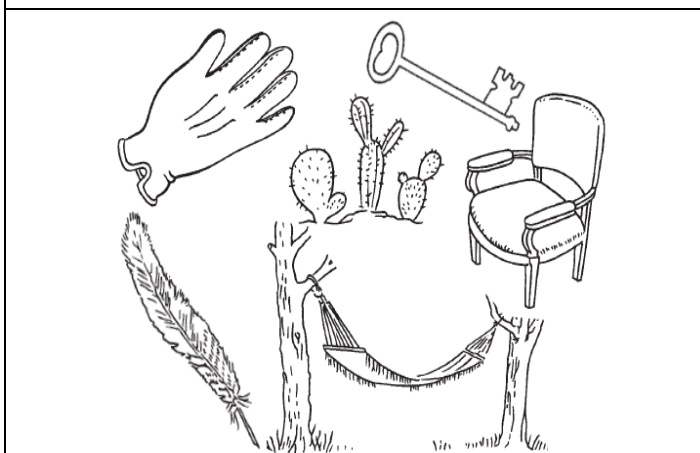
1: брак уваги до зорових, дотикових, слухових, просторових чи тілесних подразників або виключення (вибіркове сприйняття) подразників однієї сенсорної модальності; при одночасному нанесенні подразників з обох боків вони сприймаються лише з одного боку.

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 медичної допомоги «Інсульт ішемічний (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)»

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 медичної допомоги «Інсульт ішемічний (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)»

СКРИНІНГ НА ПОРУШЕННЯ КОВТАННЯ

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

П.І.Б. _____ Вік _____ років.

І/х № _____

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

Рівень свідомості: ☐ ясна ☐ оглушення ☐ сопор ☐ комаСтиснення губ ☐ нормальне ☐ неповнеГолос ☐ нормальний ☐ слабкий/хриплий ☐ «вологий» ☐ відсутнійДовільний 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?

☐ Ні

+ Так

Накопичення/залишки їжі в роті?	☐ Ні	+ Так
Кашляє/давиться?	☐ Ні	+ Так
Хворий повідомив про труднощі з ковтанням?	☐ 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?	☐ Ні	+ Так
Накопичення/залишки їжі в роті?	☐ Ні	+ Так
Кашляє/давиться?	☐ Ні	+ Так
Хворий повідомив про труднощі з ковтанням?	☐ 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?	☐ Ні	+ Так
Накопичення/залишки їжі в роті?	☐ Ні	+ Так
Кашляє/давиться?	☐ Ні	+ Так
Хворий повідомив про труднощі з ковтанням?	☐ 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 медичної допомоги «Інсульт ішемічний (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)»

ФОРМА ДЛЯ КЛІНІЧНОГО ОЦІНЮВАННЯ КОВТАННЯ

Прізвище, ім'я, по-батькові: _____

№ історії хвороби: _____

Дата дослідження: _____

Дослідження проведене _____

Причина проведення дослідження: _____

Медичний/клінічний діагноз _____

Дата початку хвороби/встановлення діагнозу _____

Супутні захворювання/діагнози/хірургічні втручання _____

Лікарські засоби, що вживає пацієнт _____

Алергічні реакції _____

Біль _____

Рідна мова/-ви, якою розмовляє пацієнт _____

Освіта _____

Слуховий статус _____

Зоровий статус _____

Трахеостомія _____

Штучна вентиляція легенів _____

Суб'єктивна оцінка/зі слів пацієнта:

Симптоми, повідомлені пацієнтом (відмітити всі відповідні варіанти)	відмітка
Тече слина	
Кашель	
Давиться	
Утруднене ковтання:	
твердої їжі	
рідини	
пігулок	
Біль під час ковтання	
«Їжа стоїть у горлі»	
Втрата ваги тіла	
Аспірація чи пневмонія в минулому	
Інше	

Поточна дієта (відмітити всі відповідні варіанти)

		відмітка
Тверда їжа (консистенція)	звичайна	
	подрібнена	
	подрібнена м'яка	
	рублена	
	подрібнена до стану фаршу/змолота	
	пюре;	
	інше:	
Рідини (консистенція)	як вода	
	як нектар (рідина з м'якоттю)	
	як мед	
	як м'яка запіканка	
	інше	

Альтернативні методи годування		відмітка
	Назогастральний зонд	
	Гастростома	
	Єюностома	
	Повне парентеральне годування	
Спосіб годування		відмітка
	Приймає їжу самостійно	
	Потребує певної допомоги	
	Цілковита залежність від сторонньої допомоги	
Витривалість ковтання під час їжі	добра	
	достатня	
	погана	
	мінлива	

СПОСТЕРЕЖЕННЯ/НЕФОРМАЛЬНЕ ОЦІНЮВАННЯ:

Психічний стан (відмітити всі відповідні варіанти):		відмітка
	ясна свідомість	
	реагує	
	може співпрацювати	
	спантеличений/сплутаний	
	сонливий	
	імпульсивний	
	не здатний до співпраці	
	агресивний	
	не реагує	

ОБ'ЄКТИВНА ОЦІНКА

Стан ротової порожнини		відмітка
Оцінка зубного ряду		
	В межах норми	
	Відсутність зубів	
	Карієс	
Наявні зубні протези		відмітка
верхні		
нижні		

Оральна моторика, дихання та фонація**Губи**

В межах норми, легке, помірне, виражене порушення функції
 Спостереження в спокої (в межах норми, набряк, почервоніння, пошкодження):

Симетричність, діапазон рухів, швидкість, сила, тонус:
 Скласти губи дудочкою (як для поцілунку) _____
 Розтягування _____
 Чергування: губи дудочкою/розтягування _____
 Насильницькі рухи (напр., хорея, дистонія, фасцикуляції, міоклонії, спазм, тремор):

Язик

В межах норми, легке, помірне, виражене порушення функції
 Спостереження в спокої (в межах норми, набряк, почервоніння, пошкодження):
 Симетричність, діапазон рухів, швидкість, сила, тонус:
 Висовування _____
 Втягування _____
 Бокові рухи _____
 Насильницькі рухи: _____

Щелепа

В межах норми, легке, помірне, виражене порушення функції
 Спостереження в спокої: _____
 Симетричність, діапазон рухів, сила, тонус

Відкривання _____
 Закривання _____
 Бокові рухи _____
 Висовування вперед _____
 Втягування _____
 Насильницькі рухи: _____

М'яке піднебіння

В межах норми, легке, помірне, виражене порушення функції
 Спостереження в спокої: (в межах норми, набряк, почервоніння, пошкодження):

Симетричність, діапазон рухів, сила, тонус: _____
 Підйом _____
 Стійкий підйом _____
 Чергування підйому/розслаблення _____
 Мимовільні рухи: _____

Коментарі:**Якість голосу**

Дія	Тривалість	Якість	Гучність
Фонація	В межах норми Легке порушення Помірне порушення Виражене порушення	В межах норми З придином Осиплий Хриплий Здушений	В межах норми Знижена Надмірна

Адекватність та скоординованість дихання:

___ В межах норми
 ___ Легке порушення
 ___ Помірне порушення
 ___ Виражене порушення

Коментарі:**Спроба ковтання їжі та рідини**

Положення під час оцінювання: (відмітити всі відповідні варіанти)

___ Сидячи вертикально
 ___ Напівсидячи
 ___ Лежачи

Коментарі:

Фактори, що впливають на результати:

___ Під час проведення оцінювання труднощів не було
 ___ Порушення психічного стану
 ___ Порушення у виконанні вказівок
 ___ Недостатня витривалість
 ___ Інше: _____

Ковтання слини:

___ В межах норми
 ___ Порушене
 ___ Ксеростомія (сухість у роті)

Спостереження: _____

СПРОБИ КОВТАННЯ РІДИНИ

Рідка як вода	Консистенції нектару	Консистенції меду	Консистенції сиркової маси
Проведено за допомогою (відмітити відповідні варіанти) Чашки Ложки Соломинки Самостійно За допомогою дослідника	Проведено за допомогою (відмітити відповідні варіанти) Чашки Ложки Соломинки Самостійно За допомогою дослідника	Проведено за допомогою (відмітити відповідні варіанти) Чашки Ложки Соломинки Самостійно За допомогою дослідника	Проведено за допомогою (відмітити відповідні варіанти) Чашки Ложки Соломинки Самостійно За допомогою дослідника
Кількість:	Кількість:	Кількість:	Кількість:

Реакція: Довільний кашель: так/ні Довільне очищення горла: так/ні Спонтанний кашель під час дослідження: так/ні Спонтанне очищення горла під час дослідження: так/ні	Реакція: Довільний кашель: так/ні Довільне очищення горла: так/ні Спонтанний кашель під час дослідження: так/ні Спонтанне очищення горла під час дослідження: так/ні	Реакція: Довільний кашель: так/ні Довільне очищення горла: так/ні Спонтанний кашель під час дослідження: так/ні Спонтанне очищення горла під час дослідження так/ні	Реакція: Довільний кашель: так/ні Довільне очищення горла: так/ні Спонтанний кашель під час дослідження: так/ні Спонтанне очищення горла під час дослідження так/ні
Випробувані стратегії та реагування:	Випробувані стратегії та реагування:	Випробувані стратегії та реагування:	Випробувані стратегії та реагування:
Тривалість ковтання (від введення болюсу до завершення глоткової фази): ___ сек.	Тривалість ковтання ___ сек.	Тривалість ковтання ___ сек.	Тривалість ковтання ___ сек.

Коментарі _____

Спроби ковтання твердої їжі

Вид їжі	Вид їжі	Вид їжі	Вид їжі
Проведено за допомогою: Ложки/виделки Самостійно За допомогою дослідника	Ложки/виделки Самостійно За допомогою дослідника	Ложки/виделки Самостійно За допомогою дослідника	Ложки/виделки Самостійно За допомогою дослідника
Кількість:	Кількість:	Кількість:	Кількість:
Реакція: (підкреслити відповідне) Довільний кашель: так/ні Довільне очищення горла: так/ні Спонтанний кашель під час дослідження: так/ні Спонтанне очищення горла під час дослідження так/ні	Реакція: Довільний кашель: так/ні Довільне очищення горла: так/ні Спонтанний кашель під час дослідження: так/ні Спонтанне очищення горла під час дослідження так/ні	Реакція: Довільний кашель: так/ні Довільне очищення горла: так/ні Спонтанний кашель під час дослідження: так/ні Спонтанне очищення горла під час дослідження так/ні	Реакція: Довільний кашель: так/ні Довільне очищення горла: так/ні Спонтанний кашель під час дослідження: так/ні Спонтанне очищення горла під час дослідження так/ні
Випробувані стратегії та реагування:	Випробувані стратегії та реагування:	Випробувані стратегії та реагування:	Випробувані стратегії та реагування:
Тривалість ковтання (від введення болюсу до завершення глоткової фази): ___ сек	Тривалість ковтання ___ сек.	Тривалість ковтання ___ сек.	Тривалість ковтання ___ сек.

Спостереження: (підйом гортані, інше)

ОЦІНКА ПРОВЕДЕНИХ ТЕСТІВ ТА КОМЕНТАРІ:

	Відмітка
Ковтання в межах норми	
Ковтальний діагноз:	
немає підозри на дисфагію	
дисфагія з порушенням ротової фази	
дисфагія з порушенням ротової фази	
дисфагія з порушенням рото-глоткової фази	
дисфагія з порушенням глоткової фази	
дисфагія з порушенням глотково-стравохідної фази	
інший вид дисфагії	
ТЯЖКІТЬ ПОРУШЕНЬ КОВТАННЯ	ВІДМІТКА
легка	
помірна	
легка-помірна	
помірна-тяжка	
тяжка	

Описати симптоми

Фактори, що впливають на порушення ковтання:	Відмітка
Зниження уваги чи рівня свідомості	
Складно виконувати вказівки	
Знижена сила структур ротової порожнини/координація/чутливість	
Неефективне жування	
Порушене рото-глоткове транспортування	
Порушене піднебінно-глоткове змикання/координація	
Затримка початку ковтання	
Знижена екскурсія гортані	
Інше (описати)	
ПРОГНОЗ	Відмітка
Добрий	
Непоганий	
Поганий, з огляду на (описати)	
Вплив на безпеку та повсякденну життєдіяльність(відмітити відповідне)	Відмітка
Без обмежень	
Ризик аспірації	
Ризик недостатнього харчування/гідратації	

Рекомендації:

	відмітка	
Інструментальна оцінка	так	ні
Рентгеноскопичне оцінювання ковтання		
Ендоскопічне оцінювання ковтання		
Лікування порушення ковтання	так	ні
Частота:		
Тривалість:		
РЕКОМЕНДОВАНА ДІСТА	відмітити	
Тверда їжа:		
звичайна		
подрібнена		
подрібнена м'яка		
рублена		
змолота,		
пюре;		
інше:		
Рідина:	Відмітка	
як вода		

як нектар (рідина з м'якоттю)	
як мед	
як м'яка запіканка	
інше	
Альтернативний метод годування	відмітити
Назогастральний зонд	
Гастростома	
Єюностома	
Повне парентеральне годування	
Заходи безпеки/рекомендації щодо ковтання	вибрати відповідне
Спостереження/контроль під час вживання всіх страв/харчування;	
1 на 1 пильний нагляд	
1 на 1 дистанційний нагляд	
Має годуватись лише підготовленим персоналом/родичем	
Має годуватись лише із спеціалістом по ковтанню	
Годувати тільки в стані притомності	
Зменшити відволікання під час прийому їжі	
Потребує словесні сигнали/репліки для використання рекомендованих стратегій	
Вертикальне положення мінімум 30 хвилин після годування	
Маленькі ковтки чи маленькі шматочки під час годування	
Повільний темп між відкушуванням шматочків їжі під час годування	
Пиття без соломинки	
Ковтки рідини тільки крізь соломинку	
Кілька ковтків	
Рідина - тверда їжа – по черзі	
Підсилення сенсорних рецепторів(запах, консистенція, температура):	
інше	

Інші рекомендовані напрямки:

- ☐ Дієтологія/дієтетика
☐ Гастроентерологія
☐ Неврологія
☐ Отоларингологія
☐ Пульмонологія
☐ Інше _____

Інформування пацієнта/особи, яка доглядає пацієнта

- ☐ Описання результатів оцінки функції ковтання
☐ Пацієнт висловив розуміння результатів оцінки ковтання та погодився з цілями та планом лікування
☐ Родич/особа, яка доглядає висловила розуміння оцінки ковтання та погодилась з цілями та планом лікування
☐ Пацієнт висловив розуміння заходів безпеки/рекомендацій годування
☐ Родич/особа, яка доглядає висловила розуміння заходів безпеки/рекомендацій годування
☐ Пацієнт висловив розуміння оцінки ковтання проте відмовляється від лікування
☐ Пацієнт потребує подальших пояснень
☐ Родич/особа, яка доглядає потребує подальших пояснень

План лікування

- ☐ Довгострокові цілі
☐ Короткострокові цілі

Додаток № 9

до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Інсульт ішемічний (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)»

Індекс активності у повсякденному житті (шкала БАРТЕЛ)

ПРИЙОМ ЇЖІ
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)
ПРИЙОМ ВАННИ
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
ПЕРСОНАЛЬНА ГІГІЄНА (чищення зубів, маніпуляція з зубними протезами, зачісування, гоління, вмивання лиця)
0 - потребує допомоги при виконанні процедури особистої гігієни 5 - незалежний від оточуючих при вмиванні лиця, зачісуванні, чищенні зубів, голінні
ОДЯГАННЯ
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 шнурівків і т.д., може вибирати і надягати будь-який одяг
КОНТРОЛЬ ДЕФЕКАЦІЇ
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
КОНТРОЛЬ СЕЧОВИПУСКАННЯ
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)
КОРИСТУВАННЯ ТУАЛЕТОМ (переміщення в туалеті, роздягання, очищення шкірних покривів, вдягання, вихід із туалету)
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)
ПЕРЕМІЩЕННЯ (з ліжка на крісло і назад)
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 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 ріг 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 функцій 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 № 10

до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Інсульти ішемічний (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)»

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.



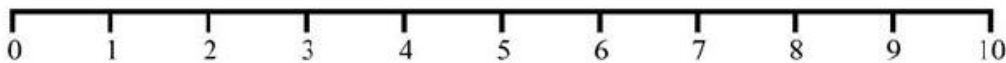
Біль
відсутній



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 № 11

до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Інсульт ішемічний (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)»

Коротке обстеження когнітивних функцій
(Mini-Mental State Examination – MMSE)

Активність	Макс. оцінка	Оцінка
Орієнтація у часі і просторі – по одному балу за кожну вірну відповідь		
Спитайте:		
- Який/-а зараз: (рік), (пора року), (місяць), (дата), (день тижня)	5	_ _
- Де ми знаходимось: (країна), (область), (місто), (лікарня), (поверх)	5	_ _
Реєстрація (фіксація у пам'яті) – по одному балу за кожне вірно повторене слово		
Назвіть з інтервалом 1 секунда три слова (наприклад: яблуко, стіл, монета). Попросіть пацієнта повторити. Повторюйте їх, поки хворий запам'ятає їх всі.	3	_ _
Увага і рахування – по одному балу за кожне вірно віднімання		
Попросіть хворого поступово віднімати від 100 по 7. Достатньо 5 віднімань (93, 86, 79, 72, 65).	5	_ _
Згадування – по 1 балу за кожну правильну відповідь		
Попросіть хворого назвати три слова, які були завчені (в п.3)	3	_ _
Мова, гнозис, праксис		
- Покажіть хворому 2 предмети (олівець і годинник) і попросіть назвати їх (по одному балу за кожне вірно назване слово)	2	_ _
- Запропонуйте пацієнту повторити вислів: «Ніяких якщо, і, але»	1	_ _
- Запропонуйте виконати дію в три етапи «Візьміть листок паперу в праву руку, зігніть його навпіл і покладіть на підлогу» (по одному балу за кожну вірно виконану дію)	3	_ _
- Запропонуйте пацієнту прочитати і виконати записану на листку команду : «Заплющити очі»	1	_ _
- Попросіть хворого написати самостійно одне речення (воно повинно містити підмет і присудок)	1	_ _
- Попросіть хворого перемалювати два п'ятикутника з кутами, що перетинаються (завдання оцінюється як виконане, якщо на виконаному хворим малюнком відображені дві фігури, кожна з яких має по п'ять кутів, і ці фігури перетинаються кутами)	1	_ _
Всього:	30	 _ _ _

Критерії оцінки:

Найкращий можливий показник **-30**.

Оцінка **24** бали – поріг для діагностики когнітивних порушень.

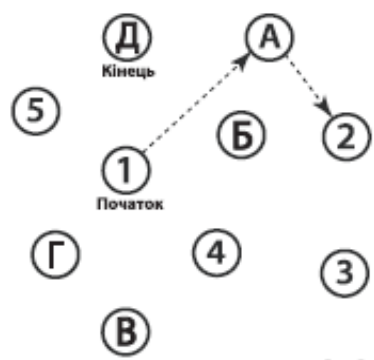
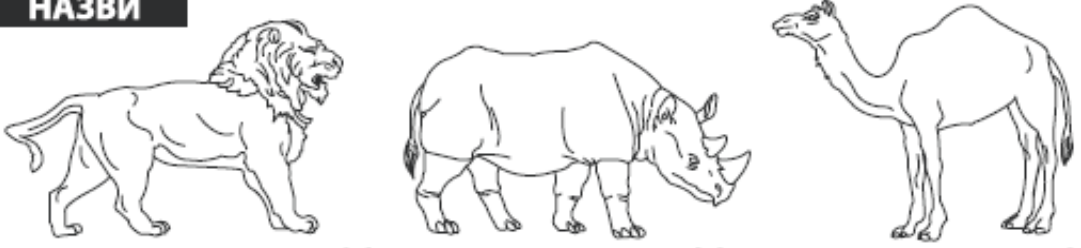
Джерело:

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state." A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975;12:189-198.

Додаток № 12

до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Інсульт ішемічний (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)»

Монреальська шкала оцінювання когнітивних функцій (Montreal Cognitive Assessment – MoCA)

МОНРЕАЛЬСЬКИЙ КОГНІТИВНИЙ ТЕСТ (МОСА)		Ім'я:	Освіта:	Дата народження:	Стать:	ДАТА:
ЗОРОВО-КОНСТРУКТИВНІ / ВИКОНАВЧИ НАВИЧКИ  Скопіюйте куб []		Намалюйте ГОДИННИК (10 хвилин на дванадцять) (3 бали)			БАЛИ: [] /5	
НАЗВИ  [] [] []					БАЛИ: [] /3	
ПАМ'ЯТЬ Прочитайте список слів. Обстежуваний повинен їх повторити. Зробіть дві спроби, навіть якщо обстежуваний повторив усі слова після першої спроби. Перепитайте слова через 5 хвилин.		ОБЛИЧЧЯ ОКСАМИТ ШКОЛА РОМАШКА ЧЕРВОНІЙ			БАЛИ: [] /5	
УВАГА Прочитайте список цифр (1 цифра/сек)		Обстежуваний повинен повторити їх у такому ж порядку [] 2 1 8 5 4 Обстежуваний повинен повторити їх у зворотному порядку [] 7 4 2			БАЛИ: [] /2	
Прочитайте список букв. Обстежуваний повинен вдарити долонею по столу кожен раз при проголошенні букви А.		Бали не додаються, якщо є дві або більше помилок. [] Ф Б А С М Н А А Ж К Л Б А Ф А К Д Е А А А Ж А М О Ф А А Б			БАЛИ: [] /1	
Серійне віднімання 7 починаючи зі 100. 4 або 5 правильних віднімань: 3 бали, 2 або 3 прав. відн.: 2 бали, 1 прав. відн.: 1 бал, 0 прав. відн.: 0 балів		[] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65			БАЛИ: [] /3	
МОВА Повторіть: Я упевнений в одному, тільки Євген - це той, хто може сьогодні допомогти. Кіт завжди ховався під диваном, коли пес був у кімнаті.		[] []			БАЛИ: [] /2	
Вербальна швидкість / Назвати за одну хвилину максимальну кількість слів, що починаються з букви Н		[] _____ (N ≥ 11 слів)			БАЛИ: [] /1	
АБСТРАКЦІЯ Спільне між словами, наприклад, яблуко і апельсин = фрукти		[] поїзд і велосипед [] лінійка й годинник			БАЛИ: [] /2	
ВІДКЛАДЕНЕ ПОВТОРЕННЯ Повторені слова БЕЗ ПІДКАЗКИ		ОБЛИЧЧЯ ОКСАМИТ ШКОЛА РОМАШКА ЧЕРВОНІЙ			БАЛИ: [] /5	
ОПЦІЙНО Категоріальна підказка Список слів для вибору					БАЛИ: [] /5	
ОРІЄНТАЦІЯ		[] Дата [] Місяць [] Рік [] День тижня [] Місце [] Місто			БАЛИ: [] /6	

© Z. Nasreddine MD Версія 7.1

www.mocatest.org

Норма ≥ 26 / 30

Сума балів:

Додайте 1 бал, якщо освіта ≤ 12

Переклад: Труфанов Є.О. MD PhD

Тестування проводили:

ДЖЕРЕЛО: http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCA-test-Ukrainian.pdf

Додаток № 13
до уніфікованого клінічного протоколу медичної
допомоги «Інсульт ішемічний (екстрена,
первинна, вторинна (спеціалізована) медична
допомога, медична реабілітація)»

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 № 14

до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Інсульт ішемічний (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)»

Шкала ABCD

Шкала ABCD застосовується для прогнозування ризику інсульту протягом перших 7 днів після виникнення транзиторної ішемічної атаки. Згідно результатів досліджень, при оцінці за шкалою ABCD -6, ризик розвитку інсульту перевищує 30%, а при низьких оцінках – інсульт зазвичай не виникає. Шкала ABCD може бути застосована в рутинній клінічній практиці для виявлення осіб із високим ризиком розвитку інсульту, які потребують невідкладного обстеження і лікування.

Фактор ризику	Категорія	Оцінка
A (<u>A</u> ge of patient) Вік хворого	≥60 років <60 років	1 0
B (<u>B</u> lood pressure at assessment) Артеріальний тиск на час обстеження	АТсист>140 мм рт.ст. або АТдіаст≥90 мм рт.ст. Інший	1 0
C (<u>C</u> linical features presented with) Перші клінічні прояви	Однобічна слабкість Порушення мови (слабкості немає) Інші	2 1 0
D (<u>D</u> uration of TIA Symptoms) Тривалість симптомів TIA	≥60 хвилин 10-59 хвилин <10 хвилин	2 1 0
Всього		

Джерело:

Rothwell P, Giles M, Flossmann E, Lovelock C, Redgrave J, Warlow C, & Mehta Z (2005). A simple tool to identify individuals at high early risk of stroke after a transient ischaemic attack: the ABCD score. The Lancet; 366:29-36.

Додаток № 15

до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Інсульт ішемічний (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)»

Шкала ABCD-2

Шкала ABCD-2, у порівнянні зі шкалою ABCD, приймає до уваги наявність у пацієнта діагнозу цукрового діабету. Згідно результатів досліджень, оцінка за шкалою ABCD =6-7 супроводжується високим ризиком розвитку інсульту (2-денний ризик перевищує 8%), оцінка 4-5 – помірним ризиком, оцінка 0-3 – низьким ризиком.

Шкала ABCD може використовуватися в рутинній клінічній практиці для виявлення осіб із високим ризиком розвитку інсульту, які потребують невідкладного обстеження і лікування.

Фактор ризику	Категорія	Оцінка
A (<u>A</u> ge of patient) Вік хворого	≥60 років <60 років	1 0
B (<u>B</u> lood pressure at assessment) Артеріальний тиск на час обстеження	АТсист>140 мм рт.ст. або АТдіаст≥90 мм рт.ст. Інший	1 0
C (<u>C</u> linical features presented with) Перші клінічні прояви	Однобічна слабкість Порушення мови (слабкості немає) Інші	2 1 0
D (<u>D</u> uration of TIA Symptoms) Тривалість симптомів ТІА	≥60 хвилин 10-59 хвилин <10 хвилин	2 1 0
(<u>D</u> iabetes) Діабет	Наявність діабету Діабету немає	1 0
Всього		

Джерело:

Johnston SC, Rothwell PM, Nguyen-Huynh MN, Giles MF, Elkins JS, Bernstein AL, Sidney S. Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischaemic attack. Lancet. 2007; 369 (9558): 283-92

Додаток № 16

до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Інсульт ішемічний (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)»

Міжнародна класифікація пролежнів за тяжкістю

Міжнародну класифікацію пролежнів було запропоновано у спільних настановах щодо профілактики та лікування пролежнів Європейської експертної комісії з пролежнів та Національної експертної комісії з пролежнів [E&NPUAP, 2009]. Автори настанов досягли згоди щодо виокремлення чотирьох рівнів пошкодження тканин, які позначаються як стадії (I, II, III або IV, див. рис. 1). Стадії пролежнів визначаються виходячи з уявлення, що прогресування відбувається в напрямку від стадії I до стадії III або IV, хоча на практиці так буває не завжди.

Стадія I: Стійке почервоніння ділянки шкіри.

Цілісність шкіри не порушено, але на ній є обмежена зона стійкого почервоніння (еритема), яке найчастіше знаходиться над виступаючою кісткою. Ця зона може бути болючою, твердішою або, м'якшою, теплішою або прохолоднішою за оточуючі ділянки шкіри. Поява такої зони зазвичай вказує на високий ризик пролежнів.

Стадія II: Часткова втрата товщі шкіри.

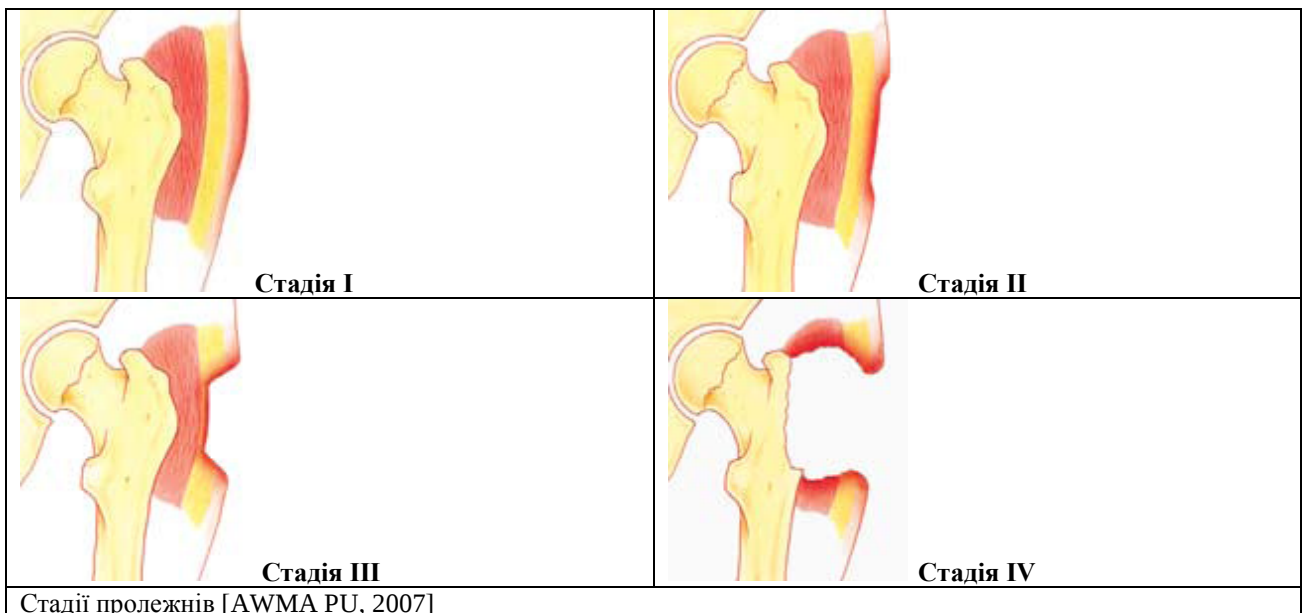
Часткова втрата товщі шкіри, яка виглядає як пласка відкрита виразка з вологим або сухим рожевим дном рани без некротичних мас та ознак ураження більш глибоких тканин. Також може мати вигляд пухиря, заповненого серозною або серозно-кров'янистою рідиною. Цю категорію не слід використовувати для описання розривів шкіри, опіків, дерматиту, мацерації або саден.

Стадія III: Повна втрата товщі шкіри.

Ураження всієї шкіри (дерма та підшкірна жирова тканина). Глибина рани залежить від анатомічних особливостей частини тіла, де вона розташована (наприклад, пролежні на вухах, затылку або щиколотках можуть бути пласкими, а на сідницях – дуже глибокими). В рані можна побачити підшкірний жир, але не видно і не відчуються на дотик кістки, сухожилля чи м'язи. Можуть бути кармани й тунелі та/або некротичні маси, але останні дозволяють бачити глибину ушкодження шкіри.

Стадія IV: Глибоке ураження тканин (видно м'язи або кістки).

Ураження тканин таке глибоке, що можна побачити (або відчутти на дотик) кістки й сухожилля та/або м'язи. Можуть бути некротичні маси або струп, часто бувають кармани та тунелі. Глибина рани залежить від анатомічних особливостей частини тіла, де вона розташована, зокрема там, де немає підшкірної (жирової) клітковини, рани можуть бути неглибокими. Поширення на м'язи, сухожилля, фасції різко збільшує ризик остеомієліту.



Додаток № 17

до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Інсульт ішемічний (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)»

Шкала пролежнів Браден

Шкалу Браден (Braden Scale <http://www.bradenscale.com/>) було створено у США у 1986 р. на підґрунті концептуальної схеми, яку розробили Barbara Braden та Nancy Bergstrom для дослідження етіології пролежнів [AWMA PU, 2007]. Шкала Браден складається з 6 розділів, які характеризують мобільність, активність, сенсорне сприйняття, вологість шкіри, харчування та тертя. Кожний з підрозділів має своє визначення та оцінюється від 1 бала (найгірше) до 3 або 4 балів (найліпше). Таким чином, оцінка може коливатися від 6 до 23 балів. Якщо сума балів складає 16 або менше, ризик пролежнів вважається високим. Використання більш високого порогового рівня (17 або 18 балів) дозволяє підвищити прогностичну чутливість шкали Браден.

Шкала Браден для оцінювання ризику пролежнів				
СЕНСОРНЕ СПРИЙНЯТТЯ: здатність відповідно реагувати на дискомфорт, пов'язаний з тиском.	1. Різко обмежене Жодних реакцій (не стогне, не здригається, не хапається) на больові подразники через зниження рівня свідомості чи седативні засоби АБО зниження больової чутливості у більшій частині тіла.	2. Дуже обмежене Реагує тільки на больові стимули. Не може повідомити про дискомфорт інакше, ніж стогнанням чи неспокоєм АБО має порушення чутливості, які обмежують здатність відчувати біль чи дискомфорт у половині тіла.	3. Дещо обмежене Відповідає на словесні команди але не завжди може повідомити про дискомфорт чи потребу повернутися АБО має окремі порушення чутливості які обмежують здатність відчувати біль чи дискомфорт у 1 чи 2 кінцівках.	4. Не порушене Відповідає на словесні команди. Не має порушень чутливості, які б обмежували здатність відчувати або повідомити про біль чи дискомфорт.
ВОЛОГІСТЬ ШКІРИ:	1. Постійно волога	2. Дуже волога	3. Інколи волога	4. Рідко волога

наскільки шкіра піддається дії вологи.	Шкіра майже постійно є вологою через потіння, потрапляння сечі тощо. Вологість шкіри відзначається кожного разу, коли хворому допомагають поворухнутись або повернутись.	Шкіра часто, але не завжди волога. Постільну білизну доводиться міняти принаймні раз на зміну.	Шкіра іноді волога, через що доводиться робити одну додаткову зміну постільної білизни приблизно раз на день.	Шкіра зазвичай суха, постільна білизна потребує зміни через регулярні проміжки.
АКТИВНІСТЬ: рівень фізичної активності.	1. Ліжко Прикутий до ліжка.	2. Крісло Здатність ходити значно обмежена або відсутня. Не може втримати свою вагу та/або потребує допомоги при пересуванні у крісло або візок.	3. Інколи ходить Протягом дня іноді ходить, але на дуже коротку відстань, з допомогою або без. Більшість часу проводить у ліжку або кріслі.	4. Часто ходить Виходить з кімнати принаймні двічі на день і ходить по кімнаті принаймні кожні дві години протягом дня.
МОБІЛЬНІСТЬ: здатність змінювати та утримувати положення тіла.	1. Повна нерухомість Зовсім не змінює положення тіла або кінцівок без сторонньої допомоги.	2. Дуже обмежена Інколи трохи змінює положення тіла або кінцівок, але не може часто або значно змінювати положення.	3. Дещо обмежена Часто, хоча й потрохи, змінює положення тіла або кінцівок без сторонньої допомоги.	4. Не обмежена Значно і часто змінює положення без сторонньої допомоги.
ХАРЧУВАННЯ: звичайне	1. Дуже погане	2. Імовірно неадекватне	3. Адекватне	4. Відмінне

споживання їжі.	Ніколи не з'їдає всієї їжі. Рідко з'їдає більш ніж ½ запропонованої порції. Їсть білок (м'ясо або молочні продукти) два або менше разів на день. Вживає мало рідини. Не отримує рідкої харчової добавки АБО нічого не вживає через рот та/або утримується на прозорих розчинах чи в/в інфузіях протягом більш як 5 днів.	Рідко з'їдає всю їжу та на загал лише ½ будь-якої запропонованої порції. Тільки тричі на день вживає їжу, що містить білок (м'ясо або молочні продукти). Інколи вживає харчові добавки АБО отримує менше ніж потрібно рідких продуктів чи зондового харчування.	З'їдає більше половини запропонованої порції. Вживає білок (м'ясо або молочні продукти) чотири рази на день. Інколи відмовляється від їжі, але зазвичай вживає добавки, коли пропонують, АБО знаходиться на зондовому чи повному парентеральному харчуванні, яке здебільшого покриває харчові потреби.	З'їдає більшу частину порції. Ніколи не відмовляється від їжі. Зазвичай вживає м'ясо або молочні продукти чотири або більше разів на день. Іноді їсть між сніданком, обідом та вечерею. Не потребує добавок.
ТЕРТЯ І ЗСУВ	1. Проблема Потребує помірної або максимальної допомоги для рухів. Неможливо цілком підняти без ковзання по простирадлу. Часто сповзає донизу в ліжку, потребуючи максимальної сторонньої допомоги у відновленні положення. Спастичність, контрактури або збудження призводить до майже постійного тертя.	2. Потенційна проблема Малорухомий або потребує мінімальної допомоги. Під час рухів шкіра дещо ковзає по простирадлу, кріслу, в'язках чи іншому знарядді. Відносно добре утримує положення у кріслі чи ліжку, але час від часу сповзає.	3. Проблеми немає Рухається у ліжку та у кріслі без сторонньої допомоги, і достатньо сили, щоб цілком піднятися під час зміни положення. Добре утримує положення у кріслі чи ліжку.	

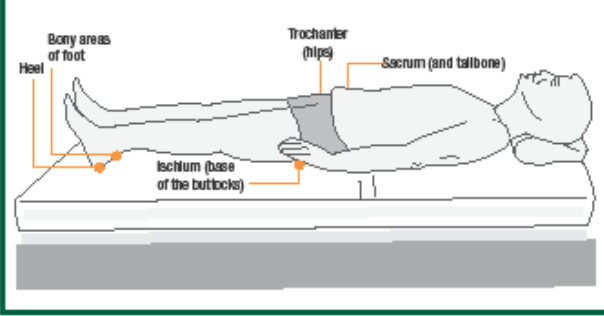
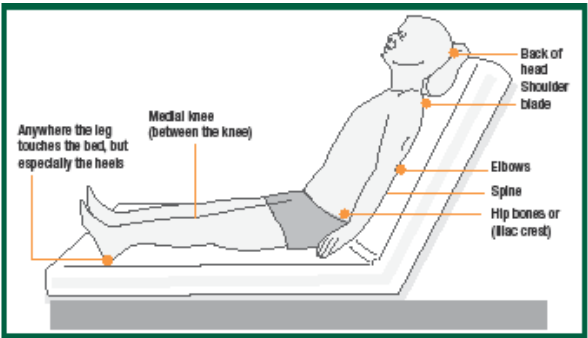
Додаток № 18

до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Інсульт ішемічний (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)»

Положення тіла пацієнта для уникнення пролежнів.

Зміна положення тіла проводиться задля зменшення тривалості та рівня тиску на найбільш вразливі ділянки тіла

Сильний тиск на кісткові виступи протягом короткого часу та несильний тиск впродовж тривалого часу є однаково шкідливими, тому слід приділяти увагу як силі, так і тривалості тиску.

А 	Heel – П'ята Bone areas of foot – Кісткові виступи стопи Ischium (base of the buttock) – Сідниці Trochanter (hips) – Великий вертел Sacrum (and tailbone) – Криж (та куприк)
Б 	Anywhere the leg touches the bed, but especially the heels – Будь-яке місце, до ноги торкається ліжка, особливо п'ята Medical knee (between the knees) – Коліно зсередини (між колінами) Hip bones or iliac crest – Виступи здухвинних кісток Spine – Хребет Elbows – Лікті Back of the head – Потилиця Shoulder blade – Лопатка
Найбільш вразливі ділянки тіла в положенні лежачи (А) та сидячи та напівсидячи (Б)	
[1]	

Додаток № 19

до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Інсульт ішемічний (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)»

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 можливості 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 ішемічний інсульт?

«Ішемічний інсульт» означає, що потік крові по мозковій судині, яка живить мозок киснем та іншими необхідними для його життєдіяльності речовинами, припиняється, і мозкові клітини, в зоні порушення мозкового кровотоку. Гинуть. На мові лікарів це носить назву «інфаркт мозку». 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 тромбу, що призвів до закупорки судини та від діаметру судини, що ушкодилась. 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 – фатальний. Для відновлення втрачених функцій, після перенесеного інсульту, може знадобитися шість і більше місяців. Багато хто повністю відновлюється і повертається до активного повноцінного життя.

Часто ознаки інсульту швидко минають – але не можна зволікати. Транзиторна ішемічна атака – загрозлива ознака розвитку «великого інсульту» з тяжкими наслідками.

Що таке транзиторна ішемічна атака?

Транзиторна ішемічна атака (TIA) або «міні-інсульт» виникає тоді, коли потік крові

по одному з судин головного мозку на короткий час (не більше 60 хвилин) припиняється. Це ще не інсульт, але тривожний знак небезпеки його розвитку в майбутньому, оскільки механізм виникнення цих двох станів однаковий, але втрачені функції (заніміння руки чи ноги, порушення зору або мовлення) після перенесеної транзиторної ішемічної атаки часто мають зворотні наслідки і функції повертаються.

Найбільш важливі ознаки 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**

Які причини призводять до ТІА або ішемічного інсульту?

Закупорка тромбом судини, що живить відповідні ділянки мозку є найбільш поширеною причиною розвитку інсульту та транзиторної ішемічної атаки. Існує два шляхи розвитку мозкової катастрофи: перша – коли тромб формується безпосередньо в мозковій судині, в місті атеросклеротичної бляшки (це так званий, атеротромботичний інсульт), і другий – коли тромб формується в іншому місці організму і відірвавшись заноситься током крові головний мозок, викликаючи інсульт (емболічний інсульт).

Інсульт може статися знову, якщо не проводити ефективну профілактику цієї хвороби

На жаль, у тих хто переніс інсульт або транзиторну ішемічну атаку, 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 судин мозку, уражених атеросклерозом та схильність системи згортання крові до утворення тромбів всередині судин, зумовлює це ускладнення. Доведено, що ризик повторного інсульту може сягати 30 % на протязі першого року після вперше перенесеної хвороби 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.

Зниження ризику розвитку повторного інсульту.

На теперішній час існують рекомендації по ефективній профілактиці розвитку повторних інсультів і ТІА, 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 та ТІА.

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. Обов'язковим є прийом ліків, що «розріджують» кров (антиагрегантів – після атеротромботичного інсульту, та антикоагулянтів після емболічного

інсульту). Ці ліки призначаються для попередження тромбоутворення.

3. 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. Щоб нормалізують його рівень в сироватці крові.

Зверніть увагу на фактори, що зазначені нижче. 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.

Алкоголь

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

Ожиріння

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.

Жодного дня без фізичного навантаження

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 получить більш детальну інформацію на сайті Української асоціації боротьби з інсультом . www.uabi.org.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 Визначити 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	- 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 визначити рівень холестерину в крові.
- Якщо у Вас цукровий діабет – ретельно дотримуйтеся 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, зніміння 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 з іншими вищевказаними ознаками.

Щоб врятувати хворого з інсультom, НЕГАЙНО телефонуйте

103

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

Додаток № 20

до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Інсульт ішемічний (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)»

Алгоритм корекції внутрішньочерепної гіпертензії.

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 гострого внутрішньочерепного об'ємного процесу, що потребує хірургічного втручання. Кожний наступний крок алгоритму здійснюють при неефективності попереднього.

Крок 1

- Піднімання головного кінця ліжка на 20-30°.
- Помірна седация – фентаніл 0,5 мкг/кг/год. (0,7 мл/год. 0,005% розчину), бензодіазепіни 0,04 мкг/кг/год. (0,6 мл/год. 0,5% розчину).
- Помірна гіпервентиляція (PaCO₂ 30-35 мм рт. ст.).
- Вентрикулярний чи люмбальний дренаж.
- Манітол до 1 г/кг/добу (струменево по 0,25-0,5 г/кг за інфузією) або 10% розчин натрію хлориду (2-3 болюсу по 50 мл).

Крок 2

- Глибока седация – фентаніл 1 мкг/кг/год. (1,4 мл/год. 0,005% розчину), бензодіазепіни 0,1 мкг/кг/год. (1,5 мл/год. 0,5% розчину).
- Манітол до 2 г/кг/добу (струменево по 0,5 г/кг за інфузією) або 10% розчин натрію хлориду (3-4 болюсу по 50 мл).
- Гіпервентиляція (PaCO₂ 25-30 мм рт. ст.) під контролем сатурації крові у внутрішній яремній вені.

Крок 3

- Вазопресори (норепінефрин, допамін) для підтримки САТ ≥ 120 мм рт. ст. і ЦПТ ≥ 70 мм рт.ст.
- Барбітурова кома.
- Декомпресивна краніотомія.

Ефективність протоколу в першу чергу залежить від проведення інвазивного моніторингу ВЧТ.