

Стандарти медичної допомоги «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі»

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 5 січня 2022 року № 9

Загальна частина

Діагноз: Спонтанний внутрішньомозковий кроволив

Коди стану або захворювання

НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

- 161 Внутрішньомозковий кроволив
- 161.0 Внутрішньомозковий кроволив у півкулю, субкортикальний
- 161.1 Внутрішньомозковий кроволив у півкулю, кортикальний
- 161.2 Внутрішньомозковий кроволив у півкулю, неуточнений
- 161.3 Внутрішньомозковий кроволив у стовбур головного мозку
- 161.4 Внутрішньомозковий кроволив у мозочок
- 161.5 Внутрішньомозковий внутрішньошлуночковий кроволив
- 161.6 Внутрішньомозковий кроволив множинної локалізації
- 161.8 Інший внутрішньомозковий кроволив
- 161.9 Внутрішньомозковий кроволив, неуточнений

Ключовий класифікатор попередніх діагнозів для бригад екстреної медичної допомоги:

Є90 Підозра на гострий мозковий інсульт

Розробники:

- Соколова Лариса Іванівна** – завідувач кафедри неврології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;
- Вершигора Анатолій Васильович** – керівник комунального некомерційного підприємства «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф міста Києва» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) (за згодою);
- Гуляєва Марина Віталіївна** – виконавчий директор громадської організації «Українська асоціація боротьби з інсультом», керівник науково-організаційного відділу Інсультного центру медичного центру «Універсальна клініка «Оберіг» (за згодою);
- Дубров Сергій Олександрович** – завідувач кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (за згодою);
- Коваленко Ольга Євгенівна** – професор кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика;
- Колосинська Олена Олександрівна** – провідний науковий співробітник відділу медичної експертизи та лікування наслідків впливу радіаційного опромінення Інституту клінічної радіології державної установи «Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України» (за згодою);
- Костюк Михайло Романович** – старший науковий співробітник відділення судинної нейрохірургії державної установи «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України» (за згодою);
- Костюковська Ганна Євгенівна** – доцент кафедри ультразвукової діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти;
- Лебедінець Дмитро Володимирович** – керівник Інсультного центру клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами (за згодою);
- Литвак Світлана Олегівна** – керівник Інсультного нейрохірургічного центру державної установи «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України» (за згодою);
- Ліщишина Олена Михайлівна** – завідувач наукового відділу організації медичної допомоги державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (за згодою);
- Мельник Євгенія Олександрівна** – заступник начальника відділу взаємодії із зовнішніми експертами управління фінансових гарантій медичного обслуговування Департаменту замовлення медичних послуг та лікарських засобів Національної служби здоров'я України (за згодою);
- Мищенко Владислав Миколайович** – завідувач відділу судинної патології головного мозку та реабілітації державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», професор кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна (за згодою);
- Мороз Володимир Васильович** – завідувач відділення невідкладної судинної нейрохірургії з рентгеноопераційною державної установи «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України» (за згодою);
- Московко Сергій Петрович** – завідувач кафедри нервових хвороб з курсом нейрохірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова;
- Нетуженко Василь Захарович** – завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини № 1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;
- Орлов Михайло Юрійович** – завідувач відділення нейрохірургічної патології судин голови та шиї з рентгеноопераційною державної установи «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України» (за згодою);
- Прокопів Марія Мирославівна** – доцент кафедри неврології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;
- Роцін Георгій Георгійович** – завідувач кафедри медицини катастроф та військово-медичної підготовки Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика;
- Фломін Юрій Володимирович** – завідувач Інсультного центру медичного центру «Універсальна клініка «Оберіг» (за згодою);
- Холін Віктор Олександрович** – вчений секретар державної установи «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова Національної академії медичних наук України»;
- Яковенко Леонід Миколайович** – начальник відділу судинної нейрохірургії державної установи «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України» (за згодою).

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення:

- Гуленко Оксана Іванівна** – начальник відділу стандартизації медичної допомоги Департаменту оцінки медичних технологій, адміністрування державних реєстрів та моніторингу цін Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»;
- Шилкіна Олена Олександрівна** – заступник начальника відділу стандартизації медичної допомоги Департаменту оцінки медичних технологій, адміністрування державних реєстрів та моніторингу цін Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України».

Рецензенти:

- Смолянка Андрій Володимирович** – директор Обласного клінічного центру нейрохірургії та неврології, доцент кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії Ужгородського національного університету, к. мед. н.;
- Паснок Анжеліка Володимирівна** – завідувач кафедри невропатології та нейрохірургії факультету післядипломної освіти лікарів Львівського національного медичного університету ім. Д.Галицького, академік НАН вищої освіти України, д. мед. н., професор.

Дата оновлення стандарту – 2025 рік

Перелік скорочень

АТ – артеріальний тиск
ВМК – внутрішньомозковий кроволив
ВЧТ – внутрішньочерепний тиск
ГМІ – гострий мозковий інсульт
ЕЕГ – електроенцефалографія
ЕКГ – електрокардіографія
ЕМД – екстрена медична допомога
ЗВД – зовнішній вентрикулярний дренаж
ЗОЗ – заклад охорони здоров'я
КМП – клінічний маршрут пацієнта
КПК – концентрат протромбінового комплексу
КТ – комп'ютерна томографія
ЛЗ – лікарські засоби
МНВ – міжнародне нормалізоване відношення
МР – магнітно-резонансна (ангіографія/веннографія)
МРТ – магнітно-резонансна томографія
МСКТ – мультиспіральна комп'ютерна томографія
НМГ – низькомолекулярний гепарин
РГК – рівень глюкози крові
САТ – систолічний артеріальний тиск

СКТ – спіральна комп'ютерна томографія
ТГВ – тромбоз глибоких вен
Форма 003/о – Медична карта стаціонарного хворого (Форма 003/о), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974
ЦАА – церебральна амліоїдна ангіопатія
ЧДР – частота дихальних рухів
ЧСС – частота серцевих скорочень
ШКГ – шкала ком Глазго
GRE/SWI – градієнт-ехо/зображення, зважені за магнітною сприйнятливостю
mRS – модифікована Шкала Ренкіна
SpO₂ – сатурація крові киснем

Стандарт 1. Організація надання первинної або екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі

Положення стандарту медичної допомоги

Усі пацієнти з підозрою на гострий мозковий інсульт (ГМІ) підлягають терміновій госпіталізації бригадами екстреної медичної допомоги до визначеного закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) або до ЗОЗ, що знаходиться в іншій адміністративно-територіальній одиниці, якщо такий заклад є ближчим до місця перебування пацієнта, у якому наявне інсультне відділення (інсультний блок, інсультний центр).

Надання первинної або екстреної медичної допомоги пацієнтам із підозрою на ГМІ здійснюється у точці першого медичного контакту та надається:

- бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, лікарями відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатопрофільних лікарень, які входять до системи екстреної медичної допомоги;
- бригадами пунктів невідкладної медичної допомоги для дорослого та дитячого населення;
- лікарями загальної практики – сімейними лікарями, лікарями інших спеціальностей (у випадку виявлення такого пацієнта у помешканні або під час прийому).

Обґрунтування

Рання діагностика та початок лікування пацієнтів з ГМІ, зокрема з внутрішньомозковим крововиливом (ВМК), після появи його перших симптомів гарантовано веде до зниження смертності, запобігає тяжким ускладненням та сприяє оптимальному одужанню.

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 5 листопада 2020 року № 2524, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 22 грудня 2020 року за № 1277/35560 «Про затвердження Єдиного класифікатора попередніх діагнозів для бригад екстреної медичної допомоги»; наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 вересня 2020 року № 2203, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 11 листопада 2020 року за № 1120/35403 «Про затвердження Порядку організації надання медичної допомоги пацієнтам із підозрою на гострий мозковий інсульт у системі екстреної медичної допомоги»; постанова Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2020 року № 1271 «Про норматив прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події», наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05 червня 2019 року № 1269 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги».

Обов'язкові критерії якості

1. Усі пацієнти з діагнозом «Підозра на гострий мозковий інсульт» госпіталізуються до ЗОЗ, у якому наявне інсультне відділення (інсультний блок, інсультний центр).
2. На догоспітальному етапі тип ГМІ не визначається.
3. Час доправлення пацієнта у ЗОЗ не повинен перевищувати 100 хвилин від виклику ЕМД (цільовий час від виклику до доїзду бригади ЕМД <20 хвилин, цільовий час перебування бригади ЕМД на місці події <20 хвилин, цільовий час транспортування пацієнта <60 хвилин) і має бути зазначений у медичній документації.
4. Діагностичні заходи на догоспітальному етапі включають:
 - 4.1. Збір анамнезу, в тому числі визначається та документується час виникнення симптомів (тобто час, коли останній раз пацієнта бачили або чули без ознак інсульту) та час виявлення симптомів (тобто час, коли пацієнта побачили або почули з симптомами інсульту).
 - 4.2. Проведення фізикального огляду та оцінка стану пацієнта за шкалою ком Глазго (ШКГ) (додаток 1) та шкалою AVPU (додаток 5).
 - 4.3. Оцінку та документування вітальних функцій пацієнта (артеріальний тиск (АТ), частота серцевих скорочень (ЧСС), частота дихальних рухів (ЧДР), температура тіла, рівень глюкози крові, сатурація киснем крові (SpO₂), при рівні SpO₂ <94% надається додатковий кисень).
 - 4.4. Знімається ЕКГ або передача біометричних ЕКГ-сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ; копія залишається у ЗОЗ (паперова або електронна).
5. Забезпечити венозний доступ (катетеризація периферичної вени).
6. Забезпечити прохідність дихальних шляхів.
7. Транспортується пацієнт з піднятим головним кінцем нош до 30°.
8. Попереджається ЗОЗ щодо планованої госпіталізації пацієнта з підозрою на ГМІ не пізніше 15 хвилин до планованого часу госпіталізації.
9. Заходи, що не мають проводитись на догоспітальному етапі медичної допомоги:
 - 9.1. Не проводиться корекція підвищеного рівня АТ за умови доставки пацієнта у ЗОЗ до 60 хвилин.
 - 9.2. За умови транспортування пацієнта більше 60 хвилин та рівня АТ вище 220/120 мм рт. ст. проводиться його зниження у межах 15% від початкового (не використовуються пероральні препарати, магнію сульфат, клонідин).
 - 9.3. Не застосовуються лікарські засоби (ЛЗ): із потенційним нейропротекторним, метаболічним, протинабряковим ефектом, антитромботичною дією (антиагреганти, антикоагулянти), магнію сульфат та введення через рот їжі, рідини, ЛЗ.
 - 9.4. Не проводиться корекція підвищеного рівня глюкози за умови доставки пацієнта до 60 хвилин до ЗОЗ.

- 9.5. За наявності у пацієнта гіпоглікемії $<3,5$ ммоль/л – вводиться глюкоза внутрішньовенно.
- 9.6. За умови транспортування пацієнта більше 60 хвилин та рівня гіперглікемії вище 25 ммоль/л проводиться зниження до рівня менше 20 ммоль/л за допомогою інсулінів короткої дії.

Стандарт 2. Первинна клінічна оцінка пацієнта з діагнозом «Підозра на гострий мозковий інсульт»

Положення стандарту медичної допомоги

Первинна клінічна оцінка здійснюється ЗОЗ, до якого транспортується пацієнт із підозрою на ГМІ, з метою встановлення диференційованого діагнозу за типом інсульту та подальшого планування діагностичних і лікувальних заходів.

ЗОЗ, які приймають пацієнтів із підозрою на ГМІ, повинні мати можливість забезпечити в цілодобовому режимі:

- МСКТ-/МРТ-нейровізуалізацію;
- моніторинг вітальних функцій;
- лабораторний контроль показників гомеостазу;
- надання необхідної допомоги спеціально підготовленим за проблемою інсульту медичним персоналом;
- консультацію лікаря-нейрохірурга (у тому числі засобами телемедицини).

Обґрунтування

Розмір ураження головного мозку, а внаслідок цього і обсяг неврологічного дефіциту може бути зменшений за умови вчасної діагностики та початку лікування в перші години після розвитку інсульту, тобто у межах так званого терапевтичного вікна. Для розуміння потреб кожного пацієнта з ВМК потрібна ефективна та цілеспрямована діагностика. Пацієнти, які надходять до ЗОЗ із підозрою на ВМК, часто мають значні фізіологічні відхилення та супутні захворювання, які можуть ускладнювати процес діагностики лікування. Захворювання, такі як гіпертензія або наявність коагулопатії, можуть вплинути на рішення щодо лікування.

З огляду на те що ураження великих судин є частою причиною нетравматичного ВМК, необхідно проводити подальші нейровізуалізаційні дослідження з використанням СКТ-, МР-ангіографії або цифрової субтракційної ангіографії для виявлення можливих артеріовенозних мальформацій, аневризм або випадків тромбозу синусів твердої мозкової оболонки. Маркери КТ, пов'язані з цими основними мікроангіопатіями, включають множинні хронічні лакуни та ураження стовбуру, глибокої сірої речовини, перивентрикулярні і підкіркові ураження білої речовини. На МРТ можна побачити ці самі зміни, а також збільшення периваскулярних просторів на T2-зважених зображеннях, церебральні мікрокрововиливи або корковий поверхневий сидероз на чутливих до крові послідовностях (T2*/GRE та/або SWI).

Більш широке використання МРТ у гострих/післягострих стадіях виявляє віддалені точкові гіперінтенсивні ураження на дифузно-зважених зображеннях у 25% пацієнтів зі спонтанним ВМК. Етіологія, що лежить в основі цих змін, у даний час вивчається, але, ймовірно, тісно пов'язана зі ступенем тяжкості мікроангіопатії. У таких випадках можна розглянути можливість пошуку джерел емболії, до тих пір поки не з'ясується їх клінічне значення.

Хоча оптимальні цільові значення АТ для пацієнтів, у яких виник спонтанний ВМК, не відомі, вважається, що систолічний артеріальний тиск (САТ) понад 180 мм рт. ст. збільшує ризик повторного крововиливу і викликає збільшення розмірів гематоми. Раннє інтенсивне зниження АТ знижує зростання гематоми. Варіабельність АТ у найгострішому і гострому періодах пов'язана з гіршими результатами лікування. Результати останніх досліджень свідчать, що у разі дуже високих вихідних показників САТ (>220 мм рт. ст.) дуже швидке та значне його зниження асоціюється з гострим ушкодженням нирок і може погіршувати результати лікування. Цільовий рівень САТ у більшості випадків становить нижче 160 мм рт. ст., проте нижчий цільовий рівень САТ (<140 мм рт. ст.), ймовірно, є безпечним.

Термінова консультація лікаря-нейрохірурга необхідна при великому ВМК, доступному для хірургічного втручання, або якщо крововилив викликає обструктивну гідроцефалію, має клінічні ознаки дислокації (наприклад, зниження рівня свідомості, зміни зіниць); вирішити питання щодо необхідності хірургічного втручання може лише лікар-нейрохірург.

Обов'язкові критерії якості

1. При поступленні до ЗОЗ пацієнт із підозрою на ГМІ терміново (протягом 10 хвилин) має бути оглянутий лікарем-невропатологом або, за відсутності лікаря-невропатолога, лікарем-нейрохірургом.
2. За відсутності на місці лікарів-невропатологів та/або лікарів-нейрохірургів необхідно застосовувати протоколи для зв'язку з відповідними експертами за допомогою технології телемедицини (Telestroke), щоб прискорити оцінку пацієнта та прийняття рішень щодо транспортування до ЗОЗ більш високого рівня надання медичної допомоги.
3. Діагностичні заходи під час первинної клінічної оцінки включають:
 - 3.1. Збір анамнезу, у тому числі анамнезу захворювання, анамнезу життя, сімейного анамнезу, медикаментозного анамнезу із зазначенням історії прийому ліків, особливо антитромботичної терапії (антиагреганти, антикоагулянти).
 - 3.2. Проведення фізикального огляду та оцінку рівня свідомості пацієнта за ШКГ (див. додаток 1).
 - 3.3. Оцінку неврологічного дефіциту, зумовленого ГМІ, за шкалою NIHSS (додатки 2, 3).
 - 3.4. Оцінку та документування вітальних функцій пацієнта (АТ, ЧСС, ЧДР, температура тіла, рівень глюкози крові, SpO_2); при рівні $SpO_2 <94\%$ дається додатковий кисень.
 - 3.5. Лабораторні дослідження:
 - загальний клінічний аналіз крові (включно з підрахунком числа тромбоцитів);
 - біохімічний аналіз крові (глюкоза, сечовина, креатинін, калій, натрій, загальний білок, С-реактивний білок);
 - коагуляційний гемостаз (міжнародне нормалізоване відношення (МНВ), активований частковий тромбoplastиновий час (АЧТЧ)).
4. Провести невідкладну оцінку щодо потреби у забезпеченні прохідності дихальних шляхів за допомогою ендотрахеальної інтубації у пацієнтів, у яких сума балів за ШКГ

знижується й/або становить <8 , наявне неадекватне спонтанне дихання із ЧДР <8 або >40 за 1 хвилину, патологічні типи дихання або $SpO_2 <90\%$ при самостійному диханні з інсуфляцією кисню зі швидкістю потоку 5-8 л/хв.

5. Пацієнти з підозрою на ВМК повинні пройти нейровізуалізацію за допомогою безконтрастної МСКТ або МРТ відразу після стабілізації дихальних функцій із метою підтвердження діагнозу, локалізації та розміру крововиливу:

- 5.1. Проведення безконтрастної МСКТ головного мозку або МРТ головного мозку в аксіальній проекції у режимах DWI з картами ADC, FLAIR, T2*(GRE)/SWI протягом 60 хвилин з часу поступлення до ЗОЗ.
- 5.2. Визначення об'єму (розміру) гематоми при виявленні ВМК (у мл, см).
6. Візуалізація внутрішньочерепних судин за допомогою МСКТ-ангіографії або безконтрастної МР-ангіографії (ToF) для виключення структурної судинної патології, такої як аневризма, артеріовенозна мальформація або тромбоз церебральних венозних синусів, за наявності наступних критеріїв:
 - вік <50 років,
 - жіноча стать,
 - лобарне або субтенторіальне розташування ВМК,
 - супутній внутрішньочерепний крововилив,
 - відсутність нейровізуалізаційних маркерів хвороби дрібних судин головного мозку,
 - розташування гематоми наближено до латеральної щілини або в медіобазальних відділах лобних часток,
 - поєднання ВМК із нейровізуалізаційними ознаками субарахноїдального крововиливу,
 - відсутність артеріальної гіпертензії або порушень коагуляції.
7. Забезпечення контролю артеріального тиску:
 - 7.1. Вимірювання АТ відразу після прибуття до відділення невідкладної допомоги ЗОЗ та моніторинг кожні 15 хвилин у подальшому до досягнення бажаного цільового рівня АТ і підтримки його протягом перших 24 годин.
 - 7.2. Досягнення цільової верхньої межі САТ на рівні нижче 140-160 мм рт. ст. протягом 1-2 годин з моменту встановлення діагнозу ВМК та утримання цих рівнів протягом щонайменше 24-48 годин.
 - 7.3. Досягнення більш низького цільового показника (тобто <140 мм рт. ст.), за наявності наступних ознак:
 - поступлення протягом 6 годин після появи симптомів;
 - САТ не вище 220 мм рт. ст.;
 - антикоагулянтна терапія;
 - наявність нейровізуалізаційних маркерів збільшення розмірів крововиливу;
 - нормальна функція нирок.
 - 7.4. Використання парентеральних ЛЗ для постійного контролю АТ протягом перших 24 годин (наприклад, урапідилу, еналаприлу, метопрололу).
 - 7.5. Подальший моніторинг АТ (після 24 годин) слід підбирати індивідуально для кожного пацієнта відповідно до стабільності показників життєво важливих функцій і внутрішньочерепного тиску (ВЧТ) (Стандарт 4, п. 5).
8. Для визначення необхідності хірургічного втручання та узгодження подальших діагностично-лікувальних заходів після нейровізуалізації всім пацієнтам із підтвердженим діагнозом ВМК має бути проведено огляд та консультацію лікаря-нейрохірурга протягом 30 хвилин за наявності даного спеціаліста у ЗОЗ або протягом 2 годин засобами телемедицини за відсутності даного спеціаліста у ЗОЗ; огляд включає оцінку пацієнта за шкалою ICH (додаток 9).

Бажані критерії якості

1. Під час фізикального обстеження провести оцінку рівня свідомості пацієнта за шкалою FOUR (додаток 6).
2. Проведення оцінки за модифікованою шкалою Ренкіна (mRS) стану пацієнта до виникнення симптомів поточного інсульту (додаток 4).
3. Проведення неконтрастної МСКТ головного мозку або МРТ головного мозку в аксіальній проекції в режимах DWI з картами ADC, FLAIR, T2*(GRE)/SWI протягом 30 хвилин із часу поступлення до ЗОЗ.
4. Одночасне з неконтрастною візуалізацією головного мозку проведення МСКТ-ангіографії або безконтрастної МР-ангіографії (ToF) у разі підозри на структурну патологію мозкових судин.
5. КТ- або МР-венографія для оцінки наявності тромбозу церебральних венозних синусів у разі підозри цієї патології.
6. МРТ (обов'язково з режимами T2*(GRE)/SWI) для всіх пацієнтів із ВМК для отримання інформації щодо структурних мікроангіопатичних змін для підтвердження діагнозу спонтанного ВМК у результаті захворювання дрібних судин головного мозку, викликаного хронічною гіпертензією й/або церебральною амлоїдною ангіопатією.
7. Цифрова субтракційна ангіографія (селективна церебральна ангіографія) для уточнення структурної патології мозкових судин при її виявленні за результатами МСКТ-ангіографії або безконтрастної МР-ангіографії (ToF).
8. Визначення рівня D-димеру.

Стандарт 3. Госпіталізація до інсультного відділення

Положення стандарту медичної допомоги

До інсультного відділення (інсультний блок, інсультний центр) госпіталізуються пацієнти з діагнозом ВМК, які не потребують корекції вітальних функцій, за виключенням пацієнтів, яким необхідне ургентне хірургічне втручання.

Пацієнти зі зниженим рівнем свідомості (за ШКГ <12 балів), психомоторним збудженням (делірієм) або ті, хто потребують корекції вітальних функцій, госпіталізуються у відділення анестезіології та інтенсивної терапії.

Обґрунтування

Лікування в інсультному блоці знижує до 30% ймовірність смерті та втрати працездатності у чоловіків та жінок будь-якого віку з легким, помірним або тяжким інсультом. Лікування в інсультному блоці характеризується скоординованим міждисциплінарним командним підходом, що забезпечує запобігання ускладнень і рецидиву інсульту, прискорення мобілізації та ранню реабілітацію пацієнта.

Продовження на стор. 18.

Стандарти медичної допомоги «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі»

Продовження. Початок на стор. 16.

Дані свідчать про те, що у пацієнтів з інсультом (зокрема, з ВМК), які отримують лікування в інсультних блоках, відзначається менше ускладнень, більш рання мобілізація, і пневмонія розпізнається раніше.

Пацієнтів слід лікувати саме у відокремленому інсультному блоці, оскільки віддалене ведення за локальними маршрутами та дистанційна допомога інсультної команди не дає тієї ж користі, що й лікування в інсультному блоці. Доступ до ранньої реабілітації є ключовим аспектом лікування в інсультному блоці.

Обов'язкові критерії якості

1. При поступленні пацієнта до інсультного відділення проводиться оцінка за ШКГ, оцінка неврологічного статусу та вітальних функцій, які в подальшому повинні повторюватися не рідше ніж один раз на годину (за шкалою NIHSS – не рідше одного разу на 6 годин) протягом перших 24 годин, залежно від стабільності пацієнта.

2. Потенційно нестабільні пацієнти, а саме: пацієнти з об'ємом ВМК ≥ 30 см³, низькою (≤ 12 балів) або такою, що знижується, оцінкою за ШКГ, погіршенням неврологічного статусу, інфратенторіальним розташуванням ВМК, супутнім внутрішньошлуночковим крововиливом або гідроцефалією, рефрактерною гіпертензією й/або нейровізуалізаційними ознаками збільшення розмірів ВМК, потребують постійного ретельного спостереження (тобто оцінки неврологічних ознак, включно з оцінкою за шкалою NIHSS (див. додатки 2, 3), щогодини протягом перших 24 годин).

3. Заходи, що не мають проводитись при госпіталізації до інсультного відділення:

- 3.1. Не встановлювати сечові катетери стабільним пацієнтам без затримки сечі.
- 3.2. Не використовувати транексамову кислоту або іншу гемостатичну терапію для лікування спонтанного ВМК; ЛЗ із потенційним нейропротекторним, метаболічним ефектом; колоїдні розчини; розчин магнію сульфату; потенційно протинабрякові препарати, окрім зазначених у Стандарті 4 (п. 5).

Бажані критерії якості

Госпіталізація пацієнтів зі зниженим рівнем свідомості (за ШКГ < 12 балів), психомоторним збудженням (делірієм) або іншими медично нестабільними ознаками (які потребують корекції вітальних функцій) у відділення анестезіології та інтенсивної терапії неврологічного/нейрохірургічного профілю.

Стандарт 4. Ведення пацієнтів із ВМК під час лікування в інсультному відділенні

Положення стандарту медичної допомоги

Під час перебування в інсультному відділенні пацієнти з ВМК отримують відповідну терапію, в тому числі медикаментозну, спрямовану на підтримку вітальних функцій, профілактику та своєчасне лікування ускладнень, ранню реабілітацію, вторинну профілактику.

Обґрунтування

У пацієнтів, які отримували варфарин до ВМК, лікування концентратом протромбінового комплексу (КПК) має перевагу над внутрішньовенним введенням свіжозамороженої плазми. Лікування ідаруцизумабом ефективно інгібує антикоагулянтні ефекти у пацієнтів, які потребують хірургічного втручання або інших інвазивних процедур, які раніше отримували лікування прямим пероральним антикоагулянтом – дабігатраном.

Ведення пацієнтів зі спонтанним ВМК має значні індивідуальні особливості, включає своєчасне виявлення та лікування можливих ускладнень і забезпечення вторинної профілактики.

Обов'язкові критерії якості

1. Для пацієнтів, які отримували антикоагулянтну терапію до ВМК, слід припинити прийом антикоагулянтів, а також розглянути негайне зупинення їхніх ефектів, незалежно від основного показання для антикоагуляції:

- 1.1. Негайно деактивувати препарати групи антагоністів вітаміну К (АВК) (наприклад, варфарин або аценокумарол) за допомогою введення концентрату протромбінового комплексу (КПК) в дозі 10-20 Од на кг маси тіла при МНВ від 1,3 до 2,0, а при МНВ $> 2,0$ -20-50 Од на кг маси тіла (з максимальною разовою дозою 3000 Од), після внутрішньовенного введення 10 мг вітаміну К₁ (фітоменадіону) (якщо час після останнього прийому АВК не перевищує 48 годин).
- 1.2. Негайно припинити прийом інгібіторів фактора Ха (апіксабан, ривароксабан) і призначити терапію 4-факторним КПК у дозі 50 Од на кг маси тіла з максимальною разовою дозою 3000 Од (якщо час після останнього прийому інгібітора фактора Ха не перевищує 24 годин).
- 1.3. Негайно припинити дію дабігатрану шляхом введення ідаруцизумабу; вводити загальну дозу 5 г двома внутрішньовенними болюсними дозами по 2,5 г кожна з інтервалом не більше 15 хвилин (دوزи слід вводити послідовно, немає необхідності в перерві між дозами) (якщо час після останнього прийому дабігатрану не перевищує 24 годин).
- 1.4. Ввести протамін, якщо пацієнт отримав низькомолекулярний гепарин (НМГ) у лікувальній дозі протягом останніх 12 годин.
- 1.5. Негайно припинити внутрішньовенну інфузію гепарину, якщо пацієнт отримав її на момент виникнення ВМК, і ввести протамін.
- 1.6. Негайно припинити прийом антитромбоцитарних препаратів (наприклад, ацетилсаліцилова кислота (АСК), клопідогрель, тикагрелор).
- 1.7. Не проводити трансфузію тромбоконцентрату за відсутності значної тромбоцитопенії. Показання до трансфузії тромбоконцентрату:
 - тяжким пацієнтам за відсутності гострої кровотечі при кількості тромбоцитів $\leq 20 \times 10^9$ /л;

- пацієнтам, у яких заплановано виконання інвазивних маніпуляцій (встановлення центральних венозних катетерів, ендоскопія та біопсія, люмбальна пункція та лапаротомія) при кількості тромбоцитів $\leq 50 \times 10^9$ /л;

- пацієнтам, яким заплановані внутрішньочерепні та нейраксіальні оперативні втручання, при кількості тромбоцитів $\leq 100 \times 10^9$ /л.

2. 3 метою профілактики ранніх ускладнень ВМК має бути забезпечено:

- 2.1. Контроль температури тіла щонайменше кожні 6 годин протягом перших 72 годин та зниження за допомогою парацетамолу або метамізолу при показниках $\geq 37,5$ °С, включно із фізичними методами охолодження за неефективності фармакологічних.
- 2.2. Припідняття на 30° узголів'я ліжка пацієнта.
- 2.3. Контроль АТ.
- 2.4. Контроль рівня глюкози крові щонайменше кожні 6 годин протягом перших 72 годин та корекція гіперглікемії відповідно до положень протоколу FeSS (додаток 10).
- 2.5. Проведення скринінгу порушення функції ковтання (додаток 8) протягом перших 24 годин після госпіталізації.
- 2.6. До проведення скринінгу на порушення функції ковтання не давати пацієнту нічого через рот (ЛЗ, їжу, рідину).
- 2.7. Оцінювання функції ковтання фахівцями з мови та мовлення (логопед, терапевт мови та мовлення).
- 2.8. У випадку виявлення дисфагії – введення рідини та харчування через назогастральний зонд.
- 2.9. Нормовентиляція при проведенні ШВЛ із рівнем PaCO₂ 35-40 мм рт. ст. (уникати гіпервентиляції).

3. Для профілактики венозної тромбоемболії (ВТЕ): тромбозу глибоких вен (ТГВ) і/або тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) має бути забезпечено:

- 3.1. Медикаментозна профілактика, за необхідності, НМГ (еноксапарин) через 48 годин після початку симптомів та після документально підтвердженої стабілізації гематоми при нейровізуалізації:
 - для документування стабілізації гематоми потрібна додаткова нейровізуалізація, яка проводиться мінімум через 24 години від первинної,
 - за відсутності можливості призначення НМГ (наприклад, тяжка ниркова недостатність із розрахунковою швидкістю клубочкової фільтрації < 30) призначити нефракціонований гепарин.
- 3.2. Заборона використання медичного компресійного трикотажу (панчох).

4. Для корекції судомного синдрому необхідно забезпечити:

- 4.1. Контроль за виникненням судом, у тому числі під час моніторингу вітальних функцій та неврологічного статусу у пацієнтів, у яких спостерігались судомні на початку розвитку ВМК, та повторної судомної активності (з документуванням).
- 4.2. Лікування повторних судом у пацієнтів із ВМК відповідно до рекомендацій із лікування судом при інших неврологічних станах.
- 4.3. Проведення короткострокової протисудомної терапії у випадку одиничного судомного нападу, який виник на початку або впродовж перших 24 годин після ВМК (найгостріший період) і самостійно минув; не використовувати протисудомні препарати тривалої дії.
- 4.4. Не використовувати протисудомні препарати у пацієнтів із ВМК із профілактичною метою та м'язові релаксанти для корекції судомного синдрому.
- 4.5. У разі виникнення нападів, які не минають самостійно та які вперше виникли, у пацієнтів, госпіталізованих із ВМК, призначити протисудомні ЛЗ.

5. 3 метою корекції підвищеного внутрішньочерепного тиску (ВЧТ) (клінічні ознаки підвищеного ВЧТ включають зниження рівня свідомості, розширені зіниці зі зниженням фотореакцій, нове ураження 6-ї пари черепних нервів або інші неврологічні симптоми, які не можна локалізувати, посилення головного болю й/або нудота/блювання, а також підвищення АТ зі зниженою частотою серцевих скорочень і нерегулярними/зниженими дихальними рухами (рефлекс Кушинга), які корелюють із результатами повторної нейровізуалізації), необхідно:

- 5.1. Уникати компресії судин шиї, особливо при фіксації трахеостомічних трубок, у пацієнтів із підвищеним ВЧТ.
- 5.2. Використовувати консервативні методи зниження ВЧТ у випадку підозри на його підвищення:
 - підйом узголів'я ліжка на 30°,
 - методи нейрозахисту (нормотермія, нормоглікемія),
 - знеболювання та легка седация (контрольована аналгоседация препаратами короткої дії).
- 5.3. Тимчасово призначити гіперосмотичні препарати (манітол та/або 3% розчин натрію хлориду) для зниження ВЧТ у пацієнтів із ВМК із клінічними ознаками дислокації перед хірургічним втручанням під контролем рівня натрію крові.
- 5.4. Не призначати з профілактичною метою та рутинно гіперосмотичні препарати (манітол і/або 3% розчин натрію хлориду); кортикостероїди для лікування ВЧТ при ВМК.
- 5.5. Консультація лікаря-нейрохірурга у випадку появи ознак гідроцефалії при повторній нейровізуалізації.

Бажані критерії якості

1. За необхідності довготривалого знаходження назогастрального зонда для годування пацієнта не раніше 21 дня розглянути можливість перкутанної ендоскопічної гастростомії.

2. Використовувати пристрої для переміжної пневматичної компресії, починаючи з першого дня госпіталізації.

3. Безперервний моніторинг ЕЕГ для діагностики безсудомного епілептичного статусу у пацієнтів зі зниженим рівнем свідомості, який не відповідає розмірам і локалізації ВМК.

Стандарт 5. Хірургічне лікування

Положення стандарту медичної допомоги

Хірургічне лікування ВМК спрямоване на усунення механічної компресії мозку, дислокації мозку, оклюзійної гідроцефалії та на зменшення неврологічного дефіциту у пацієнтів, у яких консервативне лікування неефективне.

Проведення хірургічного втручання у пацієнтів із хірургічно доступними супратенторіальними крововиливами та клінічними ознаками дислокації (наприклад, зниження рівня свідомості, анізокорія), особливо у наступних підгрупах: пацієнти віком <65 років, поверхневе розташування ВМК (≤ 1 см від поверхні кори), наявність супутньої патології судин головного мозку (артеріальна аневризма, артеріовенозна мальформація, кавернозна ангиома) або пухлина.

Обґрунтування

Патофізіологічні зміни, які розвиваються в ушкодженій мозковій речовині навколо крововиливу, зумовлені як підвищеним механічним тиском згустку крові, так і подальшою токсичною дією крові на прилеглі мозкові структури.

Хірургічне втручання для видалення супратенторіального ВМК у ранні терміни може усунути причину крововиливу, запобігти повторній кровотечі, а також вторинному ушкодженню головного мозку та прогресуванню дислокаційних змін за рахунок усунення синдрому об'ємного утворення в порожнині черепа.

Відносними протипоказаннями до операції є наявність тяжкої соматичної патології (цукровий діабет, ниркова, печінкова, серцево-судинна та легенева патологія у стадії декомпенсації, гіпокоагуляція, сепсис, онкологічні захворювання у термінальній стадії).

Обов'язкові критерії якості

1. До початку хірургічного втручання має бути отримано підтвердження блокування дії антикоагулянтів: МНВ $\leq 1,3$ для варфарину.

2. Встановлення зовнішнього вентрикулярного дренажу (ЗВД) пацієнтам зі зниженим рівнем свідомості та оклюзійною гідроцефалією внаслідок внутрішньошлуночкового крововиливу або мас-ефекту.

3. Проведення хірургічного втручання пацієнтам із крововиливом у мозочок, особливо зі зниженням рівня свідомості, у випадку появи нових стовбурових симптомів або якщо діаметр крововиливу становить ≥ 3 см: проведення ЗВД має відбуватися в поєднанні з видаленням гематоми при супутній гідроцефалії.

4. Постійний клінічний моніторинг пацієнтів із гідроцефалією та нормальним рівнем свідомості, проведення ЗВД при перших ознаках зниження рівня свідомості та верифікації прогресування ознак гідроцефалії за даними контрольної нейровізуалізації.

5. Хірургічне видалення гематоми зазвичай не проводиться, якщо стан пацієнта стабільний і немає ознак дислокації.

6. Не проводити внутрішньошлуночковий фібриноліз для лікування спонтанного внутрішньошлуночкового крововиливу із супутнім ВМК або без нього (може знизити ризик смерті, але, з іншого боку, збільшує шанси на залежність/інвалідизацію з балом за mRS4-5).

7. Не проводити рутинно стереотаксичний фібриноліз і дренажування (метод MISTIE (tPA)) (знижує смертність в порівнянні з медикаментозним лікуванням, але не покращує функціональні результати).

Бажані критерії якості

1. Проведення ендоскопічного видалення глибокого та поверхневого ВМК для зменшення об'єму гематоми.

2. Проведення декомпресійної краніотомії без видалення гематоми при глибоких ВМК, які викликають дислокаційні зміни і супроводжуються підвищенням ВЧТ.

3. До початку хірургічного втручання має бути отримано підтвердження блокування дії антикоагулянтів: підтвердження введення ідаруцизумабу для дабігатрану; підтвердження введення КПК для інгібітора фактора Ха.

Стандарт 6. Рекомендації при виписці зі стаціонару

Положення стандарту медичної допомоги

Тривалість стаціонарного лікування визначається ступенем тяжкості інсульту та охоплює найгостріший період (перші 24 години) та гострий період (перші 7 днів) для пацієнтів, які потребують цілодобового спостереження лікаря, період стаціонарного лікування може бути продовжений.

Рання виписка пацієнта з інсультного відділення додому можлива у разі інсульту легкого або середнього ступеня тяжкості, за умов подальшого продовження реабілітації мультидисциплінарною командою в ЗОЗ, що надають вторинну амбулаторну медичну допомогу.

Обґрунтування

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

Обов'язкові критерії якості

1. Оцінка наявності факторів ризику судинних захворювань (таких, як неправильне харчування, відсутність фізичного навантаження, надмірна маса тіла (співвідношення талії і стегон), шкідливі звички (вживання алкоголю, куріння), підвищений АТ тощо.

2. Оцінка ризику рецидиву ВМК:

- клінічні фактори – вік, артеріальна гіпертензія, антикоагулянтна терапія, лакунарний інсульт в анамнезі;

- нейровізуалізація – лобарне (поверхневе) розташування, ознаки ЦАА, наявність асоційованого конвексального субарахноїдального крововиливу та наявність і кількість церебральних мікрокрововиливів і/або коркового поверхневого сидерозу на GRE/SWI MPT-послідовностях;

- у випадку відсутності морфологічного діагнозу ймовірна ЦАА може бути діагностована на основі модифікованих Бостонських критеріїв (додаток 7).

3. Надати рекомендації щодо модифікації способу життя (фізичної активності, здорового харчування, зменшення споживання алкоголю, відмову від куріння тощо).

4. Не обмежувати авіаперельоти для пацієнтів після перенесеного ВМК понад звичайних обмежень.

5. Активний моніторинг лікування та контроль АТ у довгостроковій перспективі для забезпечення підтримки цільового рівня АТ постійно нижче 130/80 мм рт. ст., у тому числі з використанням домашніх пристроїв для моніторингу АТ.

6. У пацієнтів із ВМК, яким показано лікування антикоагулянтами, рішення щодо початку або відновлення антикоагулянтної терапії повинно прийматися індивідуально відповідно до ризику повторної геморагії та тромбоемболії:

- якщо антикоагулянтна терапія вважається необхідною та показано лікування прямими оральними антикоагулянтами (ПОАК) (наприклад, при фібриляції передсердь), терапія ПОАК є кращою, ніж терапія з використанням варфарину;

- терапію ПОАК не слід використовувати у пацієнтів із механічними серцевими клапанами та внутрішньомозковим крововиливом.

7. Оптимальний час і стратегія щодо антитромботичної терапії (антитромбоцитарної або антикоагулянтної) після ВМК мають бути індивідуалізовані для конкретного пацієнта (1 місяць – для антиагрегантів, 4-8 тижнів – для антикоагулянтів).

8. Не призначати статини для вторинної профілактики внутрішньомозкового крововиливу; у пацієнтів із ВМК, у яких наявні супутні показання для зниження холестерину, лікування статинами має бути індивідуалізованим, враховувати загальний тромботичний ризик, а також можливість підвищеного ризику ВМК при лікуванні статинами.

Бажані критерії якості

Після ВМК пацієнти мають пройти оцінку наявного неврологічного дефіциту та функціональних обмежень, коли це необхідно (когнітивна оцінка, скринінг на депресію, перевірка придатності до водіння автомобіля, потреба в потенційній реабілітації та в допомозі у повсякденній діяльності).

Індикатори якості медичної допомоги

Перелік індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надає стаціонарну медичну допомогу, клінічного маршруту пацієнта з ВМК.

2. Відсоток пацієнтів із ВМК, яким проведена нейровізуалізація протягом 60 хвилин із часу доставки пацієнта до ЗОЗ.

3. Відсоток пацієнтів із ВМК, у яких досягнута цільова верхня межа систолічного АТ на рівні <140-160 мм рт. ст. протягом 1-2 годин із моменту встановлення діагнозу ВМК та утримання цих рівнів протягом щонайменше 24-48 годин.

4. Відсоток пацієнтів із ВМК, яким проведена консультація лікаря-нейрохірурга протягом 30 хвилин за наявності даного спеціаліста у ЗОЗ або протягом 2 годин засобами телемедицини за відсутності даного спеціаліста у ЗОЗ із оцінкою за шкалою ICH.

5. Відсоток пацієнтів із ВМК, яким проведено нейрохірургічне втручання.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надає стаціонарну медичну допомогу, клінічного маршруту пацієнта з ВМК.

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

Індикатор ґрунтується на стандарті медичної допомоги «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі».

Зуваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів – клінічний маршрут пацієнта (КМП) у регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинним стандартам даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2022 рік – 90%;

2023 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам із ВМК, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

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

Дані надаються поштою, у тому числі електронною поштою.

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

Знаменник індикатора складає загальна кількість спеціалізованих стаціонарів, які надають допомогу пацієнтам із ВМК (відділення інтенсивної терапії, відділення екстреної медичної допомоги, спеціалізовані інсультні відділення багатопрофільних лікарняних закладів), зареєстрованих у районі обслуговування.

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

Чисельник індикатора складає загальна кількість спеціалізованих стаціонарів, які надають допомогу пацієнтам із ВМК, зареєстрованих у районі обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП пацієнтам із ВМК.

Джерелом інформації є КМП, наданий спеціалізованим стаціонаром, який надає допомогу пацієнтам із ВМК.

Продовження на стор. 20.

Стандарти медичної допомоги «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі»

Продовження. Початок на стор. 16.

Значення індикатора наводиться у відсотках.
2. Відсоток пацієнтів із ВМК, яким проведена нейровізуалізація протягом 60 хвилин з часу доставки пацієнта до ЗОЗ.

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

Індикатор ґрунтується на стандарті медичної допомоги «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі».

Зуваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

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

Інструкція з обчислення індикатора

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам із ВМК, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

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

Дані надаються поштою, у тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх спеціалізованих стаціонарів, які надають допомогу пацієнтам із ВМК, зареєстрованих у районі обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, доставлених до ЗОЗ із ВМК. Джерелом інформації є: медична карта стаціонарного хворого (Форма 003/о).

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, доставлених до ЗОЗ із ВМК, яким проведена нейровізуалізація протягом 60 хвилин. Джерелом інформації є: медична карта стаціонарного хворого (Форма 003/о).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

3. Відсоток пацієнтів із ВМК, у яких досягнута цільова верхня межа систолічного АТ на рівні <140-160 мм рт. ст. протягом 1-2 годин з моменту встановлення діагнозу ВМК та утримання цих рівнів протягом щонайменше 24-48 годин.

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

Індикатор ґрунтується на стандарті медичної допомоги «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі».

Зуваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

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

Інструкція з обчислення індикатора

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам із ВМК, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

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

Дані надаються поштою, у тому числі електронною поштою.

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

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів із ВМК, які лікувалися у ЗОЗ за звітний період. Джерелом інформації є: медична карта стаціонарного хворого (Форма 003/о).

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів із ВМК, у яких досягнута цільова верхня межа систолічного АТ на рівні <140-160 мм рт. ст. протягом 1-2 годин з моменту встановлення діагнозу ВМК та утримання цих рівнів протягом щонайменше 24-48 годин.

Джерелом інформації є: медична карта стаціонарного хворого (Форма 003/о).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

4. Відсоток пацієнтів із ВМК, яким проведена консультація лікаря-нейрохірурга протягом 30 хвилин на наявності даного спеціаліста у ЗОЗ або протягом 2 годин засобами телемедицини за відсутності даного спеціаліста у ЗОЗ із оцінкою за шкалою ІСН.

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

Індикатор ґрунтується на стандарті медичної допомоги «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі».

Зуваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

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

Інструкція з обчислення індикатора

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам із ВМК, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

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

Дані надаються поштою, у тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх спеціалізованих стаціонарів, які надають допомогу пацієнтам із ВМК, зареєстрованих у районі обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів із ВМК, які лікувалися у ЗОЗ за звітний період. Джерелом інформації є: медична карта стаціонарного хворого (Форма 003/о).

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів із ВМК, яким проведена консультація лікаря-нейрохірурга протягом 30 хвилин за наявності даного спеціаліста у ЗОЗ або протягом 2 годин засобами телемедицини за відсутності даного спеціаліста у ЗОЗ із оцінкою за шкалою ІСН, на момент початку звітного періоду.

Джерелом інформації є: медична карта стаціонарного хворого (Форма 003/о).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

5. Відсоток пацієнтів із ВМК, яким проведено нейрохірургічне втручання.

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

Індикатор ґрунтується на стандарті медичної допомоги «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі».

Зуваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

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

Інструкція з обчислення індикатора

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

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

Дані надсилаються поштою, у тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх спеціалізованих стаціонарів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів із ВМК, які лікувалися у ЗОЗ за звітний період. Джерелом інформації є: медична карта стаціонарного хворого (Форма 003/о).

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів із ВМК, яким проведено нейрохірургічне втручання.

Джерелом інформації є: медична карта стаціонарного хворого (Форма 003/о).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел, використаних при розробці стандарту медичної допомоги

- Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі», 2021.
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28.04.2012 за № 661/20974.
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 за № 2001/22313 (зі змінами).
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.07.2014 № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13.08.2014 за № 959/25736.
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.06.2019 № 1269 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги».
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25.09.2020 № 2203 «Про затвердження Порядку організації надання медичної допомоги пацієнтам із підозрою на гострий мозковий інсульт у системі екстреної медичної допомоги», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 11.11.2020 за № 1120/35403.
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.11.2020 № 2524 «Про затвердження Єдиного класифікатора попередніх діагнозів для бригад екстреної медичної допомоги», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 22.12.2020 за № 1277/35560.
- Постанова Кабінету Міністрів України від 16.12.2020 № 1271 «Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події».

Генеральний директор
Директорату медичних послуг

Олександра МАШКЕВИЧ

Додаток 1
до Стандартів медичної допомоги
«Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі»

Шкала кому Глазго (Glasgow Coma Scale – GCS)

Активність		Оцінка	
Відкриття 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)	__ __

* 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.

Додаток 2
до Стандартів медичної допомоги
«Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі»

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

ВКАЗІВКИ
<p>Оцінюйте всі розділи шкали інсульту в поданому порядку і відразу записуйте оцінку в кожному розділі. Не повертайтеся до попередніх розділів і не змінюйте оцінок. Дотримуйтеся вказівок щодо кожного огляду. Оцінки мають відображати те, що хворий насправді зробив, а не те, що, на вашу думку, він може зробити. Записуйте оцінки під час огляду та працюйте швидко. Окрім зазначених випадків, не навчайте хворого (зокрема не наполягайте, щоб він докладав якомога більше зусиль).</p>
ОЦІНЮВАННЯ
<p>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 (нешаблонні) 3 – непритомний (кома), реагує тільки рефлексорними рухами чи вегетативними проявами або зовсім не реагує, має низький тонус м'язів, рефлексів відсутні ОЦІНКА:</p>
<p>1Б. РІВЕНЬ СВІДОМОСТІ: ЗАПИТАННЯ Запитайте хворого, який зараз їде 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:</p>
<p>1В. РІВЕНЬ СВІДОМОСТІ: КОМАНДИ Попросіть хворого розплющити й заплющити очі та стиснути в кулак і розігнути пальці менш ураженої руки. Якщо пальці використати неможливо, віддайте інший наказ, що передбачає одну дію. Коли спроба була чіткою, але її не завершено через слабкість м'язів, бал за неї нараховується. Якщо хворий не розуміє словесний наказ, покажіть завдання (мовою жестів) і оцініть відповідь (не виконав жодної, виконав обидві чи одну з команд). Хворому з фізичними ушкодженнями, ампутацією руки чи іншими вадами віддайте інший простий однодійний 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:</p>

Продовження на стор. 22.

Стандарти медичної допомоги «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому кроволиві»

Продовження. Початок на стор. 16.

2. РУХИ ОЧЕЙ

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

Шкала: її визначення

0 — норма

1 — парез погляду; рухи одного чи обох очей порушені, але немає тонічного відведення очей чи повного паралічу погляду

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

ОЦІНКА:

3. ПОЛЯ ЗОРУ

Оцінюйте верхні та нижні квадранти полів зору за допомогою конфронтаційної проби (підрахунок пальців або, якщо це неможливо, погрожуючі рухи в бік ока). Можете заохочувати хворого, але якщо хворий дивиться в бік пальця, що рухається, оцініть це як норму. Якщо одне око сліпе чи видалене, оцінюйте поля зору другого ока. Оцінка «1» ставиться тільки у разі чіткої асиметрії полів зору, включаючи квадрантну анопсію. Якщо хворий сліпий (з будь-якої причини), — оцінка «3». Відразу зробіть одночасну подвійну стимуляцію. Якщо є вибіркового браку 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 заохотіть жестиами) хворого показати зуби, підняти брови та міцно заплющити очі. У хворих з порушеною свідомістю або у тих, хто не розуміє мови, оцінюйте симетричність гримас та реакцію на больові подразники. Якщо обличчя не видно (через пошкодження/пов'язку, інтубацію трахеї або з інших причин), усуньте всі перешкоди, наскільки це можливо.

Шкала: її визначення

0 — нормальна симетрична міміка

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

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

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

ОЦІНКА:

5. СЛАБКІСТЬ РУК

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

Шкала: її визначення

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

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

2 — окремі спроби подолати силу тяжіння, хворий не може самостійно поставити руку у початкове положення або утримувати її у цьому положенні, і рука опускається на ліжку, 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° до ліжка — і попросіть, щоб він її так утримував. Під опусканням розуміють рух ноги донизу в перші 5 секунд. Хворого з афазією заохотіть владним голосом і жестиами, 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° протягом 5 секунд

1 — опускання, нога починає рухатися донизу впродовж перших 5 секунд, але не торкається ліжка

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

3 — немає спроб подолати силу тяжіння, нога одразу падає на ліжку

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

У цьому розділі виявляють ознаки однобічного ураження мозочку. Попросіть хворого 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 паралізований, 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 1A) у 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 рис. 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 огляду, попросіть хворого назвати речі, які кладуть йому у руку, повторювати фрази та говорити. У разі інтубації трахеї попросіть хворого написати. Хворий у комі (оцінка «3» в підрозділі 1A) у 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 й/або розуміння мови ускладнюють або унеможливають розмову про те, що зображено. Однак ви можете зрозуміти з відповідей хворого, що зображено на рисунку, і назви зображених предметів.

2 – тяжка афазія; спілкування обмежується уламками фраз. Необхідно здогадуватись, що хворий має на увазі, й/або перепитувати. Обсяг інформації, якою можливо обмінятися, дуже обмежений; тягар спілкування лежить на слухачеві. З відповідей хворого ви не можете зрозуміти, що є на рисунку 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 тяжкій 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) і 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 (зазвичай зліва) при нанесенні подразнень одночасно з обох сторін (за відсутності гемігіпестезії).

Під візуальним геміігноруванням розуміють порушення сприймання об'єктів у лівій половині поля зору за відсутності лівосторонньої геміанопсії.

Під час попередніх оглядів ви могли отримати достатньо 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 його 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 (не впізнає власну руку або орієнтується в просторі лише з одного боку).

ОЦІНКА: _____

Додатки**Рис. 1 (оцінювання п. 9. МОВА)**

	
<p>Словосполучення до оцінювання афазії (до п. 9. МОВА)</p>	<p>Ти знаєш як. Вниз до землі. Я повернувся додому з роботи. Поблизу столу у вітальні. Вони чули його виступ по радіо минулого вечора.</p>
<p>Слова для оцінки дизартрії (до п. 10. ДИЗАРТРИЯ)</p>	<p>МАМА ТІК-ТАК ВРЕШТІ-РЕШТ СКЛИКАННЯ СТУДЕНТСЬКИЙ ФУТБОЛІСТ</p>
<p>Загальна кількість балів при оцінці пацієнта</p>	<p>_____</p>

Джерела:

- Johnston K.C., Connors A.F. Jr., Wagner D.P., Haley E.C. Jr. Predicting outcome in ischemic stroke: external validation of predictive risk models. Stroke. 2003 Jan;34(1):200-2.
- Brott T., Adams H.P. Jr., Olinger C.P., Marler J.R., Barsan W.G., Biller J., Spilker J., Holleran R., Eberle R., Hertzberg V. et al. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. Stroke. 1989 Jul;20(7):864-70. PubMed PMID: 2749846.
- Adams H.P. Jr., Davis P.H., Leira E.C., Chang K.C., Bendixen B.H., Clarke W.R., Woolson R.F., Hansen M.D. Baseline NIH Stroke Scale score strongly predicts outcome after stroke: A report of the Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST). Neurology. 1999 Jul 13;53(1):126-31. PubMed PMID: 10408548.

Стандарти медичної допомоги «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі»

Продовження. Початок на стор. 16.

Додаток 3
до Стандартів медичної допомоги
«Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі»

Додаток 4
до Стандартів медичної допомоги
«Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі»

Шкала тяжкості інсульту Національних інститутів здоров'я США

1a. Рівень свідомості		0, 1, 2, 3	
1b. Відповіді на запитання		0, 1, 2	
1c. 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	0, 1, 2, 3, 4	
	- права рука	0, 1, 2, 3, 4	
6. Рухи у нижній кінцівці	- ліва нога	0, 1, 2, 3, 4	
	- 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	
Дата обстеження	Час обстеження	Лікар (П.І.Б.) підпис	

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	Тяжка функціональна неспроможність; «прикутість» до ліжка, нетримання сечі та калу; потреба в постійному нагляді та увазі
6	Смерть

Джерела:

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

Додаток 5
до Стандартів медичної допомоги
«Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі»

Шкала AVPU

Шкала AVPU допомагає визначити реакцію пацієнта, що вказує його рівень притомності. Це спрощений варіант шкали коми Глазго. Реакція пацієнта оцінюється за чотири пунктами.

Alert – Притомний. Пацієнт повністю притомний (хоча може бути дезорієнтованим). Спонтанно відкриває очі, реагує на голос (хоча може бути розгубленим), має моторні функції.

У протоколах екстреної допомоги цей пункт іноді розподіляється на шкалу 1, 2, 3, 4, що відповідає таким критеріям як час, особа, місце та подія. Повністю притомна людина буде вважатися «притомною та зорієнтованою x4», якщо зможе правильно визначити час, своє ім'я, місцезнаходження та подію.

Voice – Голос. Пацієнт певним чином реагує, якщо до нього говорити. Реакція може бути виконана очима, голосом або рухом – наприклад, пацієнт відкриє очі на запитання «З тобою все в порядку?». Ця реакція може виражатися бурмотінням, стоном або легким рухом кінцівки, викликаним голосом лікаря.

Pain – Біль. Пацієнт реагує на больові стимули. Пацієнт із певним рівнем притомності (повністю притомному пацієнту больові стимули не потрібні) може зреагувати, використовуючи голос, рухаючи очима або тілом. Для перевірки може використовуватися центральний больовий стимул: потерти кісточками пальців по грудині пацієнта.

Unresponsive – Не реагує (іноді розшифровується як «Непритомний»). Пацієнт не показує реакції на голос або біль.

Цю шкалу не слід використовувати для довготривалого неврологічного спостереження – у цьому випадку більш доцільна шкала коми Глазго.

Шкала AVPU переводиться у шкалу коми Глазго:

- A (притомний) – 15
- V (реакція на голос) – 12
- P (реакція на біль) – 8
- U (не реагує) – 3

Джерела:

- Mackay C.A., Burke D.P., Burke J.A., Porter K.M., Bowden D., Gorman D. Association between the assessment of conscious level using the AVPU system and the Glasgow coma scale. *Pre-Hospital Immediate Care* 2000; 4: 17-19.
- Kelly C.A., Uprex A. & Bateman D.N. (2004). Comparison of consciousness level assessment in the poisoned patient using the alert/verbal/painful/unresponsive scale and the Glasgow Coma Scale. *Annals of emergency medicine*, 44(2), 108-113.

Додаток 6
до Стандартів медичної допомоги
«Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі»

Шкала коми FOUR

Шкала коми FOUR (Full Outline of UnResponsiveness) має переваги перед шкалою коми Глазго, а саме: точніше деталізує неврологічний статус, розпізнає синдром замкненої людини, дає оцінку рефлексам стовбура мозку, дає оцінку дихального патерну, виявляє різні стадії дислокації (вклинення) мозку.

Шкала коми FOUR також надає додаткову інформацію щодо прогнозу у пацієнтів з низьким балом за шкалою коми Глазго.

1. Реакції очей (E)

- Очі відкриті, стеження і миготіння по команді (4 бали)
- Очі відкриті, але немає стеження (3 бали)
- Очі закриті, відкриваються на гучний звук, але стеження немає (2 бали)
- Очі закриті, відкриваються на біль, але стеження немає (1 бал)
- Очі залишаються закритими у відповідь на біль (0 балів)

2. Рухові реакції (M)

- Виконує команди (знак відмінно, кулак, знак світу) (4 бали)

Локалізує біль (3 бали)
Згинальна відповідь на біль (2 бали)
Разгинальна поза на біль (1 бал)
Немає відповіді на біль або генералізований міоклонічний епістатус (0 балів)

3. Стовбурові рефлекси (В)

Зіничний і корнеальний рефлекси збережені (4 бали)
Одна зіниця розширена і не реагує на світло (3 бали)
Зіничний або рогівковий рефлекси відсутні (2 бали)
Зіничний і рогівковий рефлекси відсутні (1 бал)
Відсутні зіничний, рогівковий і кашльовий рефлекси (0 балів)

4. Дихальний патерн (R)

Не інтубований, регулярне дихання (4 бали)
Не інтубований, дихання Чейна – Стокса (3 бали)
Не інтубований, нерегулярне дихання (2 бали)
Чинить опір апарату ШВЛ (1 бал)
Повністю синхронний з апаратом ШВЛ або апное (0 балів)

Джерело:

1. Wijdicks E.F., Bamlet W.R., Maramattom B.V., Manno E.M., McClelland R.L. Validation of a new coma scale: The FOUR score. Ann Neurol. 2005;58(4):585-93.

Додаток 7

до Стандартів медичної допомоги

«Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі»

Модифіковані Бостонські критерії (Linn 2010)Таблиця. **Класичні та модифіковані Бостонські критерії для оцінки крововиливу, пов'язаного із церебральною амлоїдною ангіопатією**

	Класичні Бостонські критерії	Модифіковані Бостонські критерії
Визначена ЦАА	Повне патологоанатомічне дослідження, що демонструє: лобарний, кірковий або кірково-підкірковий крововилив; виражена ЦАА із васкулопатією; відсутність іншого діагностованого ураження	Без змін*
Ймовірна ЦАА із супутньою патологією	Клінічні дані та патологічні тканини (видалена гематома або кортикальна біопсія), що демонструють: лобарний, кірковий або кірково-підкірковий крововилив; деяка ступінь ЦАА у зразку; відсутність іншого діагностованого ураження	Без змін*
Ймовірна ЦАА	Клінічні дані та дані МРТ або КТ, що демонструють: множинні крововиливи, обмежені лобарною, кірковою або кірково-підкірковою ділянками (допускається крововилив у мозочок); вік >55 років	Клінічні дані та дані МРТ або КТ, що демонструють: множинні крововиливи, обмежені лобарною, кірковою або кірково-підкірковою ділянками (допускається крововилив у мозочок), або поодинокий лобарний, кірковий або кірково-підкірковий крововилив та вогнищевий ^а чи дисемінований ^б поверхневий сидероз; вік >55 років; відсутність іншої причини крововиливу або поверхневого сидерозу
Малоймовірна ЦАА	Клінічні дані і дані МРТ або КТ, що демонструють: поодинокий лобарний, кірковий або кірково-підкірковий крововилив; вік >55; відсутність іншої причини крововиливу	Клінічні дані та дані МРТ або КТ, що демонструють: поодинокий лобарний, кірковий або кірково-підкірковий крововилив або вогнищевий ^а чи дисемінований ^б поверхневий сидероз; вік >55 років; відсутність іншої причини кровотечі або поверхневого сидерозу

Джерело:

1. Linn J., Halpin, A., Demaerel P., Ruhland J., Giese A.D., Dichgans M., van Buchem M.A., Bruckmann H. & Greenberg S.M. (2010). Prevalence of superficial siderosis in patients with cerebral amyloid angiopathy. Neurology, 74(17), 1346-1350. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181dad605>

Додаток 8

до Стандартів медичної допомоги

«Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі»

Скринінг на порушення ковтання

«__» 20__ р. __ год. __ хв.

П.І.Б. _____ Вік ____ років. І/х № _____

Попереднє оцінювання (тільки хворі, які реагують, оцінювати в положенні сидячи)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

У положенні сидячи 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 + € Немає + € Немає + €

Продовження на стор. 26.

Стандарти медичної допомоги «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі»

Продовження. Початок на стор. 16.

«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

Якщо є хоча б один результат «+», → СТОП (нічого через рот), повторити Етап 2 через 24 години. 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 безпечно? 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 безпечно? 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 безпечно? 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 9
до Стандартів медичної допомоги
«Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі»

Шкала ICH прогнозу наслідків внутрішньомозкового крововиливу

Показник	Бали
Шкала коми Глазго, бали	
3-4	2
5-12	1
13-15	0
Об'єм ВМК, см³	
≥30	1
≤30	0
Внутрішньошлуночковий кроволив	
Наявний	1
Немає	0
Субтенторіальна локалізація ВМК	
Так	1
Ні	0
Вік пацієнта, років	
≥80	1
<80	0
Загальна кількість балів	0-6

Інтерпретація

Летальність залежить від кількості балів та складає:

у випадку 0 балів – 0,
у випадку 1 балу – 13%,
2 балів – 26%,
3 балів – 72%,
4 балів – 97%,
при 5-6 балах – 100%.

Джерела:

- Hemphill J.C. 3rd, Bonovich D.C., Besmertis L., Manley G.T., Johnston S.C. The ICH score: a simple, reliable grading scale for intracerebral hemorrhage. Stroke. 2001 Apr;32(4):891-7.
- Clarke J.L., Johnston S.C., Farrant M., Bernstein R., Tong D., Hemphill J.C. 3rd. External validation of the ICH score. Neurocrit Care. 2004;1(1):53-60.

Протоколи контролю температури, рівня цукру та функції ковтання (FeSS)

Протокол контролю функції ковтання

ASSIST:

невідкладний скринінг дисфагії при інсульті/TIA (Acute Screening of Swallow in Stroke/TIA)

ПІБ і професія (друкованими літерами): _____

Підпис _____

Дата _____ Час оцінювання _____ (Використовуйте 24-годинний формат)

Попередній скринінг ▶ переконайтесь, що пацієнт пройшов комп'ютерну томографію і у нього не виявлено крововиливу

№ мед картки:

ПІБ: _____
Адреса: _____
Дата народження _____ Стать _____

1. ЧИ ЗДАТЕН ПАЦІЄНТ:	
концентрувати увагу впродовж щонайменше 20 хвилин?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
сидіти прямо?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
тримати голову прямо?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
⚠ Увага, якщо ви відповіли «Ні» хоча б на ОДНУ частину запитання 1 Доки стан пацієнта не поліпшиться, йому не можна нічого вводити перорально. Вводити ліки рекомендовано назогастральним способом	
2. Чи є в пацієнта яки-небудь із цих ознак?	
Підозра на стовбуровий інсульт (перевірте історію хвороби)	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
Слабкість/провисання м'язів обличчя (перевірте здатність посміхнутися й витягнути губи трубочкою, зверніть увагу на носогубні складки)	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
Нерозбірливе/відсутнє мовлення (залучіть до розмови)	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
Кашель через слинотечу	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
Слинотеча (первірте кут рота, підборіддя)	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
Хрипкий/відсутній голос (залучіть до розмови)	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
Слабкий / відсутній кашель (попросіть покашляти)	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
Задишка	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
Труднощі з ковтанням у минулому (перевірте історію хвороби, запитайте в родичів)	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
⚠ Увага, якщо ви відповіли «ТАК» хоча б на ОДНУ частину запитання 2 Пацієнту не можна нічого вводити перорально. Зверніться до логопеда.	
3. Дайте пацієнту ковток води та спостерігайте чи не з'являться наведені нижче ознаки?	
Будь-який кашель/першіння у горлі	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
Зміна тембру голосу	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
Слинотеча	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
Погіршення дихання/задишка	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
⚠ Увага, якщо ви відповіли «ТАК» хоча б на ОДНУ частину запитання 3 Пацієнту не можна нічого вводити перорально. Зверніться до логопеда.	
4. Спостерігайте за пацієнтом, який випиває чашку води чи не з'являться наведені нижче ознаки?	
Будь-який кашель/першіння у горлі	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
Зміна тембру голосу	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
Слинотеча	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
Погіршення дихання/задишка	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
⚠ Увага, якщо ви відповіли «ТАК» хоча б на ОДНУ частину запитання 4 Пацієнту не можна нічого вводити перорально. Зверніться до логопеда.	
5. Початок перорального харчування	
Медсестри повинні наглядати за пацієнтом під час першого приймання їжі	
Медпрацівник, який наглядав за першим прийманням їжі:	Час: _____ Дата: _____
⚠ Різне зростання температури й/або утруднення грудного дихання може вказувати на безшумну аспірацію. Пацієнту не можна нічого вводити перорально. Зверніться до логопеда	

Протокол контролю температури

Протокол QASC для контролю температури передбачає моніторинг температури пацієнта та швидке реагування на її підвищення до 37,5 °C або вище протягом перших 72 годин із використанням наведеного жарознижувального алгоритму.

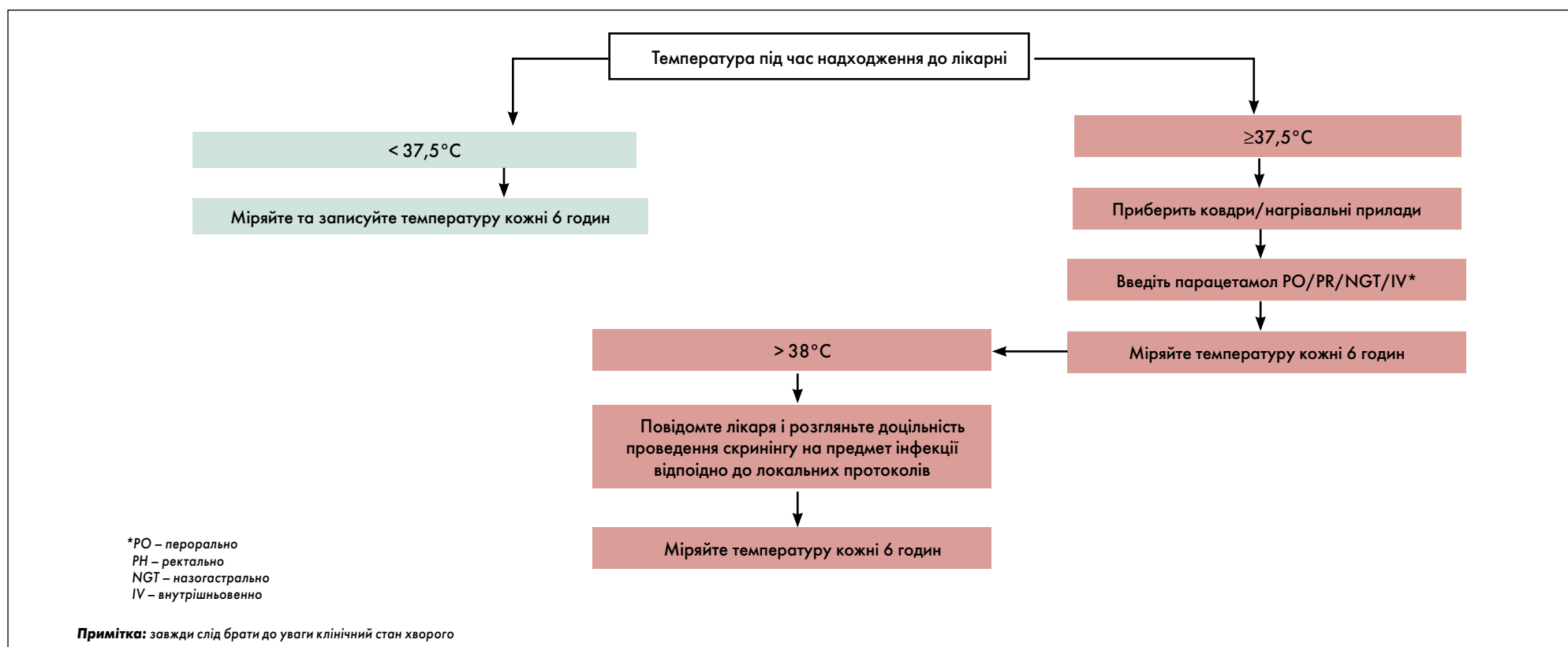
Цей протокол потрібно використовувати в поєднанні з іншими протоколами FeSS і стратегіями впровадження FeSS, а не як автономний протокол.



Цільова температура: <37,5 °C

- ✓ Запишіть початкову температуру пацієнта під час надходження до лікарні та реєструйте температуру впродовж перших 72 год
- ✓ Міряйте та записуйте температуру кожні 6 год
- ✓ Якщо температура тіла 37,5 °C та більше, приберіть ковдри та будь-які нагрівальні прилади
- ✓ Введіть перорально 1 г парацетамолу, потім повторно оцініть стан
- ✓ Якщо пацієнту не можна нічого приймати через рот, слід ввести 1 г парацетамолу через назогастральний зонд, ректально або внутрішньовенно, потім повторно оцінити стан
- ✓ Продовжуйте міряти та записувати температуру кожні 6 год
- ✓ Якщо температура перевищить 38 °C:
 - повідомте лікаря;
 - розгляньте доцільність обстеження пацієнта на предмет інфекції (відповідно до локальних протоколів):
 - аналіз сечі;
 - аналіз крові на гемокультуру;
 - рентгенограма грудної клітки. Продовжуйте контролювати температуру кожні 6 год

Примітка: завжди слід брати до уваги клінічний стан хворого.



Продовження на стор. 28.

Стандарти медичної допомоги «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі»

Продовження. Початок на стор. 16.

Протокол контролю рівня цукру

Протокол QASC для контролю рівня цукру передбачає моніторинг рівня глюкози в крові пацієнта впродовж перших 72 годин від надходження пацієнта до інсультного відділення, а також швидке реагування на підвищення цього рівня понад 10 ммоль/л протягом перших 48 годин.

Цей протокол потрібно використовувати в поєднанні з іншими протоколами FeSS і стратегіями впровадження FeSS, а не як автономний протокол.

