**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 24 марта 2020 года N 409

Об организации медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Челябинской области**

(с изменениями на 25 июня 2020 года)

(в ред. [Приказа Министерства здравоохранения Челябинской области от 25.06.2020 N 923](https://docs.cntd.ru/document/570836130))

В целях повышения эффективности, обеспечения своевременного и качественного оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемые:

схему маршрутизации пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Челябинской области,

алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Челябинской области.

2. Контроль за соблюдением схемы маршрутизации пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Челябинской области, утвержденной пунктом 1 настоящего приказа, организацию своевременного перевода пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Челябинской области в неврологические отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (первичные сосудистые отделения) и региональные сосудистые центры возложить на Центр мониторинга за пациентами с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения, организованного на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Челябинская областная клиническая больница" в соответствии с [приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 08.12.2017 N 2263 "О совершенствовании оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и с острым нарушением мозгового кровообращения"](https://docs.cntd.ru/document/446623135).

3. Руководителям государственных медицинских организаций Челябинской области, в отношении которых Министерство здравоохранения Челябинской области осуществляет функции и полномочия учредителя, организовать работу в соответствии с пунктом 1 настоящего приказа.

4. Главным врачам Государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Городская больница N 1 г. Копейск" Алешкевичу А.В., Государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Районная больница г. Аша" Курчатовой О.А. организовать работу неврологических отделений для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (первичных сосудистых отделений) на базе соответствующих медицинских организаций.

5. Начальнику Управления здравоохранения Администрации г. Челябинска Горловой Н.В., руководителям медицинских организаций муниципальных образований Челябинской области, медицинских организаций, в отношении которых Федеральное медико-биологическое агентство выполняет функции и полномочия учредителя, и некоммерческих, негосударственных и частных медицинских организаций, расположенных на территории Челябинской области, рекомендовать организовать работу в соответствии с пунктом 1 настоящего приказа.

6. Признать утратившими силу:

[приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 19.04.2016 N 620 "Об утверждении схемы маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения на территории Челябинской области"](https://docs.cntd.ru/document/439053587),

[приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 07.11.2019 N 1082 "О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 19.04.2016 N 620"](https://docs.cntd.ru/document/561611477),

[приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 06.06.2019 N 534 "О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 19.04.2016 N 620"](https://docs.cntd.ru/document/561461474),

[приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 01.02.2019 N 95 "О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 19.04.2016 N 620"](https://docs.cntd.ru/document/553126145),

[приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 06.03.2017 N 426/2 "О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 19.04.2016 N 620"](https://docs.cntd.ru/document/543735907),

[приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 27.02.2017 N 399/1 "О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 19.04.2016 N 620"](https://docs.cntd.ru/document/446175779).

7. Директору Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области Ткачевой А.Г. рекомендовать предоставлять в Клинику федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Южно-Уральский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации для главного внештатного специалиста - невролога Министерства здравоохранения Челябинской области Василенко А.Ф., в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Челябинская областная клиническая больница" сведения о госпитализации пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения в разрезе медицинских организаций, ежемесячно, в срок до 25 числа месяца, следующего за отчетным.

8. Исполняющему обязанности директора Государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Челябинский областной медицинский информационно-аналитический центр" Казаковой М.С. разместить настоящий приказ на официальном сайте Министерства здравоохранения Челябинской области в сети Интернет.

9. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на первого заместителя Министра здравоохранения Челябинской области Сахарову В.В.

Министр здравоохранения
Челябинской области
Ю.А.СЕМЕНОВ

 **Утверждена
приказом
Министерства здравоохранения
Челябинской области
от 24 марта 2020 г. N 409**

 **Схема маршрутизации пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Челябинской области**

(в ред. [Приказа Министерства здравоохранения Челябинской области от 25.06.2020 N 923](https://docs.cntd.ru/document/570836130))

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Зона обслуживания | Наименование медицинской организации, в структуре которой создано неврологическое отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения(первичное сосудистое отделение - ПСО) | Население(18 лет и старше),прикрепленное к ПСО,человек | Наименование медицинской организации, в структуре которой создан региональный сосудистый центр - РСЦ | Население(18 лет и старше),прикрепленное к РСЦ,человек |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Магнитогорский городской округ (территория обслуживания Автономной некоммерческой организации "Центральная клиническая медико-санитарная часть" (далее именуется - АНО "ЦКМСЧ"), Государственного автономного учреждения здравоохранения (далее именуется - ГАУЗ) "Городская больница N 1 им. Г.И. Дробышева г. Магнитогорск") | Госпитализация осуществляется в ПСО в структуре РСЦ АНО "ЦКМСЧ" | 175186 | АНО "ЦКМСЧ" | 498536 |
| Магнитогорский городской округ (территория обслуживания ГАУЗ "Городская больница N 3 г. Магнитогорск", ГАУЗ "Городская больница N 2 г. Магнитогорск") | ГАУЗ "Городская больница N 3 г. Магнитогорск" | 229350 |  |  |
| Агаповский муниципальный район |  |  |  |  |
| Кизильский муниципальный район |  |  |  |  |
| Нагайбакский муниципальный район |  |  |  |  |
| Верхнеуральский муниципальный район |  |  |  |  |
| Брединский муниципальный район | Государственное бюджетное учреждение здравоохранения (далее именуется - ГБУЗ) "Районная больница с. Варна" | 94000 | ГБУЗ "Челябинская областная клиническая больница" | 1366047 |
| Варненский муниципальный район |  |  |  |  |
| Карталинский муниципальный район |  |  |  |  |
| Локомотивный городской округ |  |  |  |  |
| Чесменский муниципальный район |  |  |  |  |
| Ашинский муниципальный район | ГБУЗ "Районная больница г. Аша" | 45163 |  |  |
| Саткинский муниципальный район | ГБУЗ "Районная больница г. Сатка" | 128145 |  |  |
| Трехгорный городской округ |  |  |  |  |
| Усть-Катавский городской округ |  |  |  |  |
| Катав-Ивановский муниципальный район |  |  |  |  |
| Златоустовский городской округ | ГБУЗ "Городская больницаг. Златоуст" | 153976 |  |  |
| Кусинский муниципальный район |  |  |  |  |
| Еманжелинский муниципальный район | Госпитализация осуществляется в ПСО в структуре РСЦ ГБУЗ "Челябинская областная клиническая больница" | 316023 |  |  |
| Еткульский муниципальный район |  |  |  |  |
| Коркинский муниципальный район |  |  |  |  |
| Кунашакский муниципальный район |  |  |  |  |
| Пластовский муниципальный район |  |  |  |  |
| Снежинский городской округ |  |  |  |  |
| Сосновский муниципальный район |  |  |  |  |
| Челябинский городской округ, Калининский район     (территория обслуживания Муниципального автономного учреждения здравоохранения     (далее именуется - МАУЗ) Городская клиническая больница N 5) |  |  |  |  |
| Челябинский городской округ, Ленинский район | МАУЗ Городская клиническая больница N 9 | 157951 |  |  |
| Челябинский городской округ, Тракторозаводский район | МАУЗ Ордена Знак Почета Городская клиническая больница N 8 | 148778 |  |  |
| Челябинский городской округ, Центральный район | МАУЗ Ордена Трудового Красного Знамени городская клиническая больница N 1 | 230789 |  |  |
| Челябинский городской округ, Советский район |  |  |  |  |
| Копейский городской округ | ГБУЗ "Городская больница N 1 г. Копейск" | 116983 |  |  |
| Озерский городской округ | Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Клиническая больница N 71 ФМБА России" | 68239 |  |  |
| Карабашский городской округ | ГБУЗ "Городская больница N 3г. Миасс" | 210976 | ГБУЗ "Областная клиническая больница N 3" | 854498 |
| Миасский городской округ |  |  |  |  |
| Уйский муниципальный район |  |  |  |  |
| Чебаркульский городской округ |  |  |  |  |
| Чебаркульский муниципальный район |  |  |  |  |
| Троицкий городской округ | ГБУЗ "Областная больница г. Троицка" | 143077 |  |  |
| Троицкий муниципальный район |  |  |  |  |
| Октябрьский муниципальный район |  |  |  |  |
| Увельский муниципальный район |  |  |  |  |
| Южноуральский городской округ |  |  |  |  |
| Верхнеуфалейский городской округ | ГБУЗ "Городская больница им. А.П. Силаева г. Кыштым" | 91950 |  |  |
| Каслинский муниципальный район |  |  |  |  |
| Кыштымский городской округ |  |  |  |  |
| Нязепетровский муниципальный район |  |  |  |  |
| Аргаяшский муниципальный район | Госпитализация осуществляется в ПСО в структуре РСЦ ГБУЗ "Областная клиническая больница N 3" | 408495 |  |  |
| Красноармейский муниципальный район |  |  |  |  |
| Челябинский городской округ, Калининский район     (за исключением территории обслуживания МАУЗ Городская клиническая больница N 5) |  |  |  |  |
| Челябинский городской, округ Курчатовский район |  |  |  |  |
| Челябинский городской округ, Металлургический район |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## УтвержденприказомМинистерства здравоохраненияЧелябинской областиот 24 марта 2020 г. N 409

 **Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Челябинской области**

(в ред. [Приказа Министерства здравоохранения Челябинской области от 25.06.2020 N 923](https://docs.cntd.ru/document/570836130))

1. Настоящий Алгоритм устанавливает основные принципы оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Челябинской области.

2. Для целей настоящего Алгоритма к острым нарушениям мозгового кровообращения (далее именуется - ОНМК) относятся состояния, соответствующие кодам I60 - I64, G45 - G46 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр).

3. Оказание медицинской помощи пациентам с ОНМК осуществляется в рамках последовательного процесса, начинающегося на догоспитальном этапе, продолжающегося в стационарных условиях, далее амбулаторно.

Специализированная медицинская помощь пациентам с ОНМК должна оказываться в медицинских организациях, в структуре которых организованы неврологические отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (первичные сосудистые отделения) и региональные сосудистые центры (далее именуются - ПСО и РСЦ соответственно).

4. Пациенты с подозрением на ОНМК должны немедленно направляться в ПСО и РСЦ с работающим медицинским оборудованием для проведения компьютерной томографии (далее - КТ-исследование) или магнитно-резонансной томографии (далее - МРТ-исследование) головного мозга, обеспечивающие при наличии показаний и отсутствии противопоказаний проведение внутривенной тромболитической терапии, согласно схеме маршрутизации пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Челябинской области, утвержденной пунктом 1 настоящего приказа (далее именуется - Схема маршрутизация).

КТ-исследование (МРТ-исследование) должно проводиться в круглосуточном режиме.

5. Ключевым фактором эффективности лечения ОНМК является максимально быстрое оказание необходимой медицинской помощи. Терапевтическое окно для проведения внутривенной тромболитической терапии, которая выполняется в ПСО, составляет 4,5 часа. Терапевтическое окно для проведения тромбэкстракции, которая выполняется в РСЦ, составляет 6 часов.

6. При оказании медицинской помощи пациентам с ОНМК в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация пациента, которая включает в себя и санитарно-авиационную эвакуацию.

Санитарно-авиационная эвакуация пациентов с ОНМК осуществляется Государственным бюджетным учреждением здравоохранения "Территориальный центр медицины катастроф Челябинской области" согласно [приказу Министерства здравоохранения Челябинской области от 30.04.2019 N 442 "О порядке взаимодействия медицинских организаций Челябинской области при осуществлении медицинской эвакуации силами Государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Территориальный центр медицины катастроф Челябинской области"](https://docs.cntd.ru/document/561404428).

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

7. Оказание медицинской помощи пациентам с ОНМК на догоспитальном этапе также осуществляется врачами и фельдшерами амбулаторно-поликлинических структурных подразделений медицинских организаций с последующим вызовом выездной бригады скорой медицинской помощи (далее именуются - бригады СМП) для проведения медицинской эвакуации в экстренном порядке и экстренным направлением пациентов на госпитализацию.

8. При поступлении обращения (вызова) от населения с жалобами, по которым можно предположить развитие ОНМК, на станцию (отделение) скорой медицинской помощи фельдшер (медицинская сестра) по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи при оформлении вызова задает вызывающему лицу конкретизирующие вопросы согласно перечню обязательных вопросов, задаваемых человеку, обратившемуся за медицинской помощью с подозрением на ОНМК, согласно приложению 1 к настоящему Алгоритму.

9. В случаях обращения пациента с признаками ОНМК в медицинскую организацию, в структуре которой создано ПСО или РСЦ, осуществляется клиническая диагностика ОНМК. При подтверждении ОНМК пациент экстренно госпитализируется в медицинскую организацию, в которую пациент обратился. Перемаршрутизация в другую медицинскую организацию, в структуре которой создано ПСО или РСЦ (согласно Схеме маршрутизации по месту регистрации пациента), не осуществляется.

При выявлении пациентов с предполагаемой окклюзией церебральной артерии, положительном решении о возможности тромбэкстракции и медицинской транспортировки, вызывается бригада СМП, которая осуществляет медицинскую эвакуацию пациента с ОНМК в медицинскую организацию, выполняющую тромбоэктракцию (РСЦ).

10. В случаях обращения пациента с признаками ОНМК в приемный покой медицинской организации, в структуре которой отсутствует ПСО или РСЦ, вызывается бригада СМП, которая осуществляет медицинскую эвакуацию пациента с ОНМК в медицинскую организацию согласно Схеме маршрутизации (по месту нахождения пациента, а не по месту регистрации пациента). Недопустима потеря времени на дополнительное обследование, включая осмотр врача-невролога.

11. В случаях выявления пациента с признаками ОНМК в медицинской организации, в структуре которой отсутствует ПСО или РСЦ, осуществляется предварительная клиническая диагностика ОНМК и организуется направление пациента в ПСО или РСЦ, предварительно устно оповещается медицинская организация (ПСО/РСЦ), согласно Схеме маршрутизации (по месту нахождения пациента, а не по месту регистрации пациента) о поступлении пациента с признаками ОНМК.

12. Для проведения медицинской эвакуации пациента в ПСО или РСЦ вызывается бригада СМП (приоритетный вызов). Пациент с ОНМК должен доставляться в ПСО или РСЦ в приоритетном порядке. Служба скорой медицинской помощи должна соблюдать такие же временные рекомендации как если бы пациент находился вне медицинской организации.

Медицинская эвакуация пациента с ОНМК в ПСО или РСЦ осуществляется согласно Схеме маршрутизации. Выбор ПСО или РСЦ осуществляется по месту нахождения пациента, а не по месту регистрации пациента.

13. К противопоказаниям и ограничениям для проведения медицинской эвакуации с целью перевода пациентов с ОНМК в медицинские организации, в структуре которых организовано ПСО или РСЦ, относятся состояния, которые в процессе медицинской эвакуации могут привести к летальному исходу. Противопоказания и ограничения для проведения медицинской эвакуации с целью перевода пациентов с ОНМК в медицинские организации, в структуре которых организовано ПСО или РСЦ, определяются индивидуально у каждого больного. В данном случае пациент переводится в блок реанимации и интенсивной терапии (в реанимационное отделение). В дальнейшем перевод в медицинские организации, в структуре которых организовано ПСО или РСЦ, возможен при стабилизации состояния согласно Схеме маршрутизации.

Перечень основных противопоказаний для перевода пациентов с ОНМК в РСЦ, ПСО из медицинских организаций, не имеющих в своем составе РСЦ, ПСО, утвержден [приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 08.12.2017 N 2263 "О совершенствовании оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и с острым нарушением мозгового кровообращения"](https://docs.cntd.ru/document/446623135).

14. Бригада СМП при оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с ОНМК, осуществляет коррекцию жизненно важных функций, при необходимости проводит реанимационные мероприятия, обеспечивает незамедлительную медицинскую эвакуацию пациента в РСЦ или ПСО согласно Схеме маршрутизации.

15. С целью выявления пациентов с предполагаемой окклюзией церебральной артерии и решения вопроса о последующей медицинской эвакуации пациента с места нахождения пациента (вне медицинской организации) напрямую в медицинскую организацию, в структуре которой создан РСЦ, минуя медицинскую организацию, в структуре которой создано ПСО, на догоспитальном этапе необходимо выполнить следующие действия:

- оценить уровень сознания;

- оценить выраженность неврологического дефицита на основании шкалы оценки выраженности неврологического дефицита по шкале LAMS (Лос-Анджелесская шкала моторного дефицита) при ясном сознании согласно приложению 2 к настоящему Алгоритму;

- при оглушении, сопоре, коме оценить уровень сознания по шкале Глазго согласно приложению 2 к настоящему Алгоритму;

- уточнить точное время начала заболевания (появление первых симптомов) или время последнего контакта с пациентом, если точное время начала заболевания неизвестно.

16. Если сумма баллов по шкале LAMS более или равна 4, срок от начала заболевания до осмотра бригадой СМП не превышает 4,5 часов и последующее время медицинской эвакуации до РСЦ не превышает 1,5 часов, следует незамедлительно обеспечить медицинскую эвакуацию и госпитализировать пациента с признаками ОНМК в РСЦ согласно Схеме маршрутизации.

Если сумма баллов по шкале LAMS менее 4 или угнетение сознания до сопора или комы либо время от начала заболевания превышает 4,5 часа, следует обеспечить медицинскую эвакуацию и госпитализировать пациента с признаками ОНМК в ПСО согласно Схеме маршрутизации.

16-1) Пациенты во временном интервале от 3 до 10 часов от начала заболевания (появления первых симптомов) с территории, прикрепленной к РСЦ на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Челябинская областная клиническая больница", в том числе Челябинского и Копейского городских округов, должны быть госпитализированы в РСЦ после консультации с дежурным врачом-неврологом (тел.: 8-351-223-02-97 или 8-919-123-02-97).

Пациенты во временном интервале от 3 до 10 часов от начала заболевания (появления первых симптомов) с территории, прикрепленной к РСЦ на базе Автономной некоммерческой организации "Центральная клиническая медико-санитарная часть", в том числе Магнитогорского городского округа, должны быть госпитализированы в РСЦ после консультации с дежурным врачом-неврологом (тел.: 8-3519-26-85-96 или 8-915-453-20-61).

(п. 16-1 введен [Приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 25.06.2020 N 923](https://docs.cntd.ru/document/570836130))

17. Проведение других обследований или лечебных манипуляций не должно задерживать начало медицинской эвакуации.

18. Бригада СМП, осуществляющая медицинскую эвакуацию пациента с признаками ОНМК, по телефону самостоятельно или через фельдшера (медицинскую сестру) по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи и/или с помощью медицинской информационной системы оповещает медицинскую организацию о поступлении пациента с признаками ОНМК с указанием приблизительного времени медицинской эвакуации, времени начала заболевания, уровня сознания и выраженности неврологического дефицита на основании шкалы оценки выраженности неврологического дефицита по шкале LAMS (Лос-Анджелесская шкала моторного дефицита).

Контактные данные для оповещения медицинских организаций о поступлении пациента с признаками ОНМК представлены в приложении 3 к настоящему Алгоритму.

19. На догоспитальном этапе оказания медицинской помощи медицинские работники по возможности должны собрать следующие сведения:

- наличие в анамнезе сахарного диабета, ОНМК, ЧМТ, онкологических заболеваний, коагулопатии, инфекционного эндокардита, расслоения дуги аорты, болезни почек;

- наличие сведений о гастроинтестинальных явлений за последние 3 недели (желудочное кровотечение);

- прием антикоагулянтов.

20. В случае, если у пациента с ОНМК имеются нарушения жизненно важных функций, требующие реанимационного пособия, медицинская эвакуация осуществляется в ближайшую медицинскую организацию, имеющую в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии.

21. При отказе пациента и/или его законного представителя от медицинской эвакуации медицинский работник оформляет в первичной медицинской документации письменный информированный отказ от медицинской эвакуации в стационар. Пациент и/или его законный представитель собственноручно оформляет запись и заверяет ее своей подписью.

22. Не госпитализированные с догоспитального этапа пациенты с диагнозом ОНМК обеспечиваются медицинской помощью амбулаторно-поликлиническими учреждениями. Информация об отказе пациента и/или его законного представителя от медицинской эвакуации передается из отделения (станции) скорой медицинской помощи или приемного отделения стационара в поликлинику по месту жительства пациента с регистрацией факта передачи информации.

23. Руководителям медицинских организаций, участвующим в процессе оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК, необходимо обеспечить незамедлительный прием пациентов, доставленных бригадой скорой медицинской помощи.

24. В медицинской организации каждому больному с ОНМК проводятся:

- не позднее 10 минут от поступления консультация врача-невролога, который оценивает выраженность дыхательных нарушений, измеряет АД, оценивает неврологический статус с использованием шкал Глазго, NIHSS (согласно приложению 2 к настоящему Алгоритму);

- не позднее 20 минут - получение результатов содержания тромбоцитов, глюкозы в периферической крови, МНО, АЧТВ;

- не позднее 40 минут от момента поступления - КТ или МРТ головного мозга для уточнения диагноза.

25. При обнаружении геморрагического инсульта не позднее 60 минут от момента поступления выполняется консультация врача-нейрохирурга (возможна заочно с применением телемедицинских технологий или по телефону) для решения вопроса об оперативном лечении. При наличии показаний для оперативного лечения пациент переводится в нейрохирургическое отделение РСЦ. Медицинская эвакуация осуществляется бригадой СМП в экстренном порядке.

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

27. При подтверждении диагноза ОНМК больные со всеми типами ОНМК в остром периоде заболевания, в том числе с транзиторными ишемическими атаками, осматриваются врачом-анестезиологом реаниматологом для решения вопроса о направлении в палату интенсивной терапии либо в отделение реанимации и интенсивной терапии. Длительность пребывания пациента с ОНМК в палате интенсивной терапии и отделении реанимации и интенсивной терапии определяется тяжестью состояния пациента.

28. В случае подтверждения диагноза ишемического инсульта и при соблюдении терапевтического окна для тромболитической терапии принимается решение о проведении системной тромболитической терапии в виде внутривенного введения лекарственного препарата в соответствии с рекомендациями (протокол реперфузионной терапии острого ишемического инсульта, 2019 г.).

29. Пациенты, которым требуется внутривенное назначение лекарственного препарата для тромболитической терапии, должны получать лекарственный препарат для тромболитической терапии, даже если рассматривается вопрос о тромбэкстракции. Признаки повышения плотности средней мозговой артерии (гиперденсивность средней мозговой артерии), выявленные при помощи КТ, не должны использоваться в качестве критерия для отмены лекарственного препарата для тромболитической терапии пациентам, которым она показана.

30. Для пациентов, отвечающих критериям назначения эндоваскулярной терапии, рекомендуется неинвазивное исследование внутричерепных сосудов в ходе первичной нейровизуализации (КТ-артериография) для диагностики ОКМА. Если пациенту по протоколу показано внутривенное введение лекарственного препарата для тромболитической терапии, рекомендуется начинать эту терапию до неинвазивной визуализации сосудов, если она не была проведена в ходе первичной оценки инсульта. В этом случае неинвазивная визуализация внутричерепных сосудов должна быть получена как можно раньше.

31. В случае подтверждения ОКМА в первые 24 часа от начала развития заболевания проводится консультация, в том с применением телемедицинских технологий, врача-невролога с медицинской организацией, выполняющей тромбэкстракцию - РСЦ, для согласования дальнейшей тактики ведения пациента. При положительном решении о возможности тромбэкстракции и медицинской транспортировки бригада СМП осуществляет медицинскую эвакуацию пациента с ОНМК в медицинскую организацию, выполняющую тромбоэктракцию (РСЦ).

32. Механическая тромбэкстракция со стент-ретривером должна проводиться пациентам, удовлетворяющим следующим критериям:

- результат от 0 до 1 по модифицированной шкале Рэнкина;

- приведшая к заболеванию окклюзия внутренней сонной артерии или сегмента M1 средней мозговой артерии;

- не моложе 18 лет;

- результат по NIHSS выше 5 баллов;

- >= 6 по шкале ASPECTS;

- срок не позднее 6 часов после появления симптомов.

33. Пациенты, доставленные в приемный покой медицинской организации, у которых не подтверждено ОНМК, по показаниям могут быть госпитализированы в другое отделение этой же медицинской организации либо отправлены в отделение стационара другой медицинской организации, либо отпущены домой.

34. За время госпитализации больным проводится обследование и лечение в соответствии с типом ОНМК, которое должно включать:

- спинномозговую пункцию и исследование спинномозговой жидкости (при наличии менингеальной симптоматики и отсутствии признаков кровоизлияния по данным компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии головы);

- стандартизированное скрининговое тестирование функции глотания не позднее 3 часов от момента поступления в стационар;

- нутритивную поддержку не позднее 24 часов от момента поступления в стационар с последующей коррекцией;

- профилактику повторных сосудистых нарушений лекарственными препаратами группы антиагреганты при некардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта или лекарственными препаратами группы антикоагулянты при кардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта (при отсутствии медицинских противопоказаний);

- при ишемическом инсульте - рутинную неинвазивную визуализацию шейных сосудов (УЗДС брахиоцефальных артерий);

- профилактику тромбоза глубоких вен;

- медицинскую реабилитацию не позднее 48 часов от момента поступления в стационар.

35. Пациентам с транзиторными ишемическими атаками и малым неинвалидизирующим ишемическим инсультом (0 - 2 по шкале Рэнкина), при наличии показаний (наличие симптомных стенозов 70 % и более), с целью вторичной профилактики, при отсутствии противопоказаний к реконструктивным операциям на сонных артериях, должна быть организована консультация у врача - сердечно-сосудистого хирурга.

36. После окончания срока лечения в ПСО (РСЦ) дальнейшие тактика ведения и медицинская реабилитация пациента с ОНМК определяются лечащим врачом совместно с заведующим отделением.

37. После проведения хирургического лечения и стабильном состоянии возможен перевод пациента в стационар медицинской организации, в структуре которой не создан РСЦ, в первую очередь в ПСО, для продолжения лечения в соответствии с территориальной принадлежностью.

38. Больные с ОНМК, имеющие существенно ограниченные физические или психические возможности и нуждающиеся в интенсивной симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе, могут быть направлены в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, согласно [приказу Министерства здравоохранения Челябинской области от 30.12.2015 N 2042 "О маршрутизации взрослого населения при оказании паллиативной медицинской помощи в Челябинской области"](https://docs.cntd.ru/document/439064814).

39. После завершения стационарного лечения, в целях дальнейшего оказания медицинской помощи, своевременного установления диспансерного наблюдения в соответствии с требованиями [приказа Министерства здравоохранения России от 29.03.2019 N 173н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми"](https://docs.cntd.ru/document/554149141#64U0IK), медицинской организацией, в которой проходил лечение пациент с ОНМК, обеспечивается направление, в том числе с использованием региональной медицинской информационной системы, в медицинскую организацию Челябинской области, за которой пациент закреплен, для получения первичной медико-санитарной помощи, выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного.

40. В выписном эпикризе обязательно указывается:

- количество баллов на момент поступления и выписки по шкалам: Рэнкин, NIHSS, Ривермид;

- причина инсульта (для ишемического инсульта по классификации TOAST);

- рекомендации по каждому выявленному фактору риска (немедикаментозная и медикаментозная профилактика);

- медицинская организация дальнейшей маршрутизации (в случаях маршрутизации на амбулаторный этап дополнительно указывается дата явки на прием по вторичной профилактике ОНМК).

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

42. Руководители медицинских организаций организуют проведение на постоянной основе обучение врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-неврологов современным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, уделив особое внимание больным с ОНМК, диспансерному наблюдению больных, перенесших ОНМК, особенно лицам трудоспособного возраста - с целью профилактики повторного ОНМК.

43. Руководители медицинских организаций обеспечивают регулярное информирование населения о первых признаках сосудистых заболеваний и необходимости своевременного обращения за медицинской помощью.

44. Руководители медицинских организаций обеспечивают регулярное предоставление отчетной информации в Центр мониторинга за пациентами с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения, организованного на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Челябинская областная клиническая больница" в соответствии с [приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 08.12.2017 N 2263 "О совершенствовании оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и с острым нарушением мозгового кровообращения"](https://docs.cntd.ru/document/446623135).

45. При необходимости, по запросу главного внештатного специалиста-невролога Министерства здравоохранения Челябинской области Василенко А.Ф. руководители медицинских организаций предоставляют имеющуюся информацию, необходимую для проведения анализа профильности госпитализации и анализа эффективности использования ресурсов медицинской организации, соблюдения маршрутизации.

46. Памятка по организации медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Челябинской области представлены в приложении 4 к настоящему Алгоритму.

### Приложение 1к Алгоритмуоказания медицинской помощипациентам с острыми нарушениямимозгового кровообращенияна территорииЧелябинской области

 **Перечень обязательных вопросов, задаваемых человеку, обратившемуся за медицинской помощью с подозрением на ОНМК**

1. Имеется ли асимметрия лица, перекошен ли рот?

2. Имеется ли слабость в руке, ноге с одной стороны?

3. Имеются ли речевые нарушения?

4. Сколько времени прошло с момента появления симптомов?

5. Каков темп возникновения симптомов (быстрый, медленный)?

6. Имеется ли снижение чувствительности (онемение) в руке, ноге с одной стороны?

При положительном ответе хотя бы на один из вопросов 1 - 2 - 3: заподозрить ОНМК и немедленно направить к больному выездную бригаду скорой медицинской помощи.

Ответ на вопрос 4 позволяет акцентировать внимание бригады на возможности доставить пациента в стационар в "терапевтическом окне" (4,5 часа) с целью применения тромболитической терапии.

### Приложение 2к Алгоритмуоказания медицинской помощипациентам с острыми нарушениямимозгового кровообращенияна территорииЧелябинской области

#### 1. Шкала оценки неврологического дефицита по LAMS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Тесты | Результат теста | Баллы |
| Оценка лицевой мускулатуры |
| Попросить пациента показать зубы, поднять брови, закрыть глаза, зажмурить глаза. Допускается демонстрация данных команд врачом. Оценить симметричность болевой гримасы в ответ на болевой стимул у пациентов, которые не могут понять медицинского работника (при речевых расстройствах) | Нет асимметрии мимической мускулатуры (болевая гримаса на болевой стимул симметрична) | 0 балл |
|  | Отсутствие движений мимической мускулатуры в нижних отделах (или в верхних и нижних отделах) лица с одной стороны (несимметричная гримаса на болевой стимул) | 1 балл |
| Оценка двигательных нарушений |
| Руки следует вытянуть под углом 90 градусов (если пациент сидит) или 45 градусов (если пациент лежит на спине). Допускается демонстрация выполнения приема врачом у пациентов с афазией. Не допускается нанесение болевых стимулов | Руки удерживает без опускания | 0 балл |
|  | Одна рука медленно опускается, но производит сопротивление силе тяжести | 1 балл |
|  | Одна рука быстро падает без сопротивления силе тяжести | 2 балла |
| Оценка мышечной силы |
| Попросить пациента плотно сжать указательный и средний пальцы в кулаке. Оценить силу сжатия с 2 сторон | Сжимает симметрично, сила не снижена | 0 балл |
|  | С одной стороны сжимает слабее | 1 балл |
|  | С одной стороны не сжимает, движения в кисти отсутствуют | 2 балла |

#### 2. Шкала комы Глазго

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Открывание глаз | Двигательные | Речевые | Баллы |
| Глаза остаются закрытыми | Нет ответа | Нет ответа | 1 |
| На боль | Патологическое разгибание | Нечленораздельные звуки | 2 |
| На голос | Патологическое сгибание | Ответ не соответствует вопросу по смыслу | 3 |
| спонтанное | Отдергивание конечности | Больной дезориентирован | 4 |
| - | Отталкивание раздражителя | Больной полностью ориентирован | 5 |
| - | Движения по команде | - | 6 |

Результат может быть от 3 до 15 баллов, чем ниже число баллов, тем тяжелее расстройство сознания.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 13 - 14 баллов | Оглушение характеризуется сонливостью, нарушением внимания, утратой связанности мыслей или действий |
| 9 - 12 баллов | Сопор - глубокое угнетение сознания с сохранностью координированных защитных реакций и открывания глаз на сильные раздражители (звуковые, болевые и др.) |
| 7 - 8 баллов | Кома поверхностная I степени, разбудить пациента невозможно, на болевые раздражения реагирует беспорядочными движениями, не локализуя боль |
| 5 - 6 баллов | Кома глубокая II степени, пациент не отвечает двигательными реакциями на болевые раздражения |
| 3 - 4 балла | Кома атоническая III степени, полное отсутствие реакций даже на сильное болевое раздражение (атония, арефлексия, нарушено или отсутствует дыхание, возможно угнетение сердечной деятельности) |

#### 3. Шкала инсульта национального института здоровья (NIHSS)

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Уровень сознания | Оценка |
| В сознании, четко отвечает на вопросы | 0 |  |
| Сонлив, но реагирует даже на минимальный стимул - команду, вопрос | 1 |  |
| Реакция только в виде двигательных или вегетативных рефлексов или полная арефлексия | 2 |  |
| Уровень сознания: ответы на вопросы.Пациента просят назвать месяц года и свой возраст |
| Правильные ответы на оба вопроса или наличие языкового барьера | 0 |  |
| Правильный ответ на один вопрос | 1 |  |
| Неправильные ответы на оба вопроса или не может ответить | 2 |  |
| Уровень сознания: выполнение команд, пациента просят закрыть глаза и сжать кулак |
| Правильные ответы на оба вопроса или наличие языкового барьера | 1 |  |
| Правильный ответ на один вопрос | 1 |  |
| Неправильные ответы на оба вопроса или не может ответить | 2 |  |
| Движения глазных яблок |
| Полный объем движений | 0 |  |
| Частичный паралич взора или изолированный паралич | 1 |  |
| Фиксированная девиация глазных яблок или полный паралич взора, непреодолимый с помощью приема "глаз куклы" | 2 |  |
| Поля зрения: исследуется в каждом поле с помощью движений пальцами, которые исследователь выполняет одновременно с обеих сторон |
| Норма или давняя слепота | 0 |  |
| Асимметрия или частичная гемианопсия | 1 |  |
| Полная гемианопсия | 2 |  |
| Билатеральная гемианопсия или кома | 3 |  |
| Паралич лицевой мускулатуры |
| Нет или седация | 0 |  |
| Минимальный (только сглаженность носогубной складки) | 1 |  |
| Частичный (нижняя половина лица) | 2 |  |
| Полный (вовлечена вся половина лица) или кома | 3 |  |
| Движения в левой руке: пациент удерживает вытянутую руку под углом 90 град. |
| Пациент удерживает руку под углом 90 град. в течение 10 секунд, отек или ампутация | 0 |  |
| Пациент вначале удерживает руку в заданном положении, рука начинает опускаться до истечения 10 секунд | 1 |  |
| Пациент не удерживает руку в заданном положении в течение 10 секунд, но все же несколько удерживает ее против силы тяжести | 2 |  |
| Рука падает сразу, пациент не может преодолеть силу тяжести | 3 |  |
| Нет движений | 4 |  |
| Движения в правой руке: пациент удерживает вытянутую руку под углом 90 град. |
| Пациент удерживает руку под углом 90 град. в течение 10 секунд, отек или ампутация | 0 |  |
| Пациент вначале удерживает руку в заданном положении, рука начинает опускаться до истечения 10 секунд | 1 |  |
| Пациент не удерживает руку в заданном положении в течение 10 секунд, но все же несколько удерживает ее против силы тяжести | 2 |  |
| Рука падает сразу, пациент не может преодолеть силу тяжести | 3 |  |
| Нет движений | 4 |  |
| Движения в левой ноге: пациент поднимает ногу на 30 град. в течение 5 секунд |
| Пациент удерживает ногу в заданном положении в течение 5 секунд, отек или ампутация | 0 |  |
| Нога опускается до промежуточного положения к концу 5 секунды | 1 |  |
| Нога падает в течение 5 секунд, но пациент все же несколько удерживает ее против силы тяжести | 2 |  |
| Нога падает сразу, пациент не может преодолеть силу тяжести | 3 |  |
| Нет движений | 4 |  |
| Движения в правой ноге: пациент поднимает ногу на 30 град. в течение 5 секунд |
| Пациент удерживает ногу в заданном положении в течение 5 секунд, отек или ампутация | 0 |  |
| Нога опускается до промежуточного положения к концу 5 секунды | 1 |  |
| Нога падает в течение 5 секунд, но пациент все же несколько удерживает ее против силы тяжести | 2 |  |
| Нога падает сразу, пациент не может преодолеть силу тяжести | 3 |  |
| Нет движений | 4 |  |
| Итог: |  |  |
| Речь: оценивается при назывании стандартных картинок, оценка |
| Нормальная | 0 |  |
| Легкие или средней степени тяжести ошибки в назывании, подборе слов или парафазии | 1 |  |
| Тяжелая: полная афазия Брока (моторная) или Вернике (сенсорная) | 2 |  |
| Мутизм, или тотальная афазия, или кома | 3 |  |
| Дизартрия |
| Нет | 0 |  |
| Легкая или средней степени невнятность речи, пациента можно понять | 1 |  |
| Выраженная дизартрия (речь невнятная, неразборчивая) | 2 |  |
| Атаксия в конечностях: пальценосовая и пяточно-коленная пробы |
| Нет (нет движений в конечностях), невозможно оценить | 0 |  |
| Атаксия имеется в одной конечности | 1 |  |
| Атаксия в двух конечностях | 2 |  |
| Чувствительность: исследуется с помощью булавки, если уровень сознания снижен, оценивается только при наличии гримасы или асимметричного отдергивания |
| Нормальная, седация или ампутация | 0 |  |
| Легкая и умеренная. Пациент чувствует укол менее остро, но осознает прикосновение | 1 |  |
| Значительная или полная утрата чувствительности, не осознает прикосновения | 2 |  |
| Синдром "отрицания" (игнорирование) |
| Нет или седация | 0 |  |
| Зрительное, тактильное или слуховое игнорирование половины пространства | 1 |  |
| Глубокое игнорирование половины пространства по двум и более модальностям | 2 |  |
| Итог: |  |

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

#### 4. Индекс Бартел

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Критерий | Количество баллов | Характеристика |
| 1. Прием пищи | 10 | Питается самостоятельно, пользуется посудой, столовыми и бытовыми приборами |
|  | 5 | Нуждается в частичной посторонней помощи, например, при разрезании продуктов |
|  | 0 | Полностью нуждается в помощи |
| 2. Купание | 5 | Принимает ванну или душ без посторонней помощи |
|  | 0 | Может принимать ванну или душ с посторонней помощью |
| 3. Умывание | 5 | Умывается, причесывается, чистит зубы, бреется (или пользуется косметикой) |
|  | 0 | Нуждается в помощи |
| 4. Одевание | 10 | Одевается (и обувается) самостоятельно |
|  | 5 | Одевается не вполне самостоятельно |
|  | 0 | Самостоятельно не одевается |
| 5. Контроль акта дефекации | 10 | Полностью контролирует |
|  | 5 | Не вполне контролирует (например, ночью) |
|  | 0 | Не контролирует |
| 6. Контроль акта мочеиспускания | 10 | Полностью контролирует |
|  | 5 | Не вполне контролирует (например, ночью) |
|  | 0 | Не контролирует |
| 7. Использование туалета | 10 | Пользуется туалетом или ночным судном самостоятельно |
|  | 5 | Нуждается в посторонней помощи (например, для сохранения равновесия, одевания и раздевания) |
|  | 0 | Не в состоянии пользоваться туалетом или ночным судном самостоятельно |
| 8. Переход с кровати на стул | 15 | Переходит самостоятельно |
|  | 10 | Нуждается при переходе в минимальной помощи (или наблюдении) |
|  | 5 | Может сидеть, однако нуждается в помощи при переходе |
|  | 0 | Не встает с постели |
| 9. Передвижение | 15 | Может без посторонней помощи передвигаться на расстояния более 500 м |
|  | 10 | Может передвигаться с посторонней помощью в пределах 500 м |
|  | 5 | Может пройти до 100 м или передвигается с помощью кресла-коляски |
|  | 0 | Не может самостоятельно двигаться на расстояние более 50 м или не способен к передвижению |
| 10. Подъем по лестнице | 10 | Может подниматься самостоятельно |
|  | 5 | Нуждается в помощи (или наблюдении) |
|  | 0 | Не в состоянии подниматься по лестнице |
| Критерий | Количество баллов | Характеристика |
|  |  | самостоятельно |
| Сумма баллов: |  |

#### 5. Индекс мобильности Ривермид

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| N п/п | Навык | Вопрос |
| 1. | Повороты в кровати | Можете ли вы повернуться со спины на бок без посторонней помощи? |
| 2. | Переход из положения лежа в положение сидя | Можете ли вы из положения лежа самостоятельно сесть на край постели? |
| 3. | Удержание равновесия в положении сидя | Можете ли вы сидеть на краю постели без поддержки в течение 10 секунд? |
| 4. | Переход из положения сидя в положение стоя | Можете ли вы встать (с любого стула) менее чем за 15 секунд и удерживаться в положении стоя около стула 15 секунд (с помощью рук или, если требуется, с помощью вспомогательных средств)? |
| 5. | Стояние без поддержки | Наблюдают, как больной без опоры простоит 10 секунд |
| 6. | Перемещение | Можете ли вы переместиться с постели на стул и обратно без какой-либо помощи? |
| 7. | Ходьба по комнате, в том числе с помощью вспомогательных средств, если это необходимо | Можете ли вы пройти 10 метров используя, при необходимости, вспомогательные средства, но без помощи постороннего лица? |
| 8. | Подъем по лестнице | Можете ли вы подняться по лестнице на один пролет без посторонней помощи? |
| 9. | Ходьба за пределами квартиры (по ровной поверхности) | Можете ли вы ходить за пределами квартиры, по тротуару без посторонней помощи? |
| 10. | Ходьба по комнате без применения вспомогательных средств | Можете ли вы пройти 10 метров в пределах квартиры без костыля, ортеза и без помощи другого лица? |
| 11. | Поднятие предметов с пола | Если вы уронили что-то на пол, можете ли вы пройти 5 метров, поднять предмет, который вы уронили, и вернуться обратно? |
| 12. | Ходьба за пределами квартиры (по неровной поверхности) | Можете ли вы без посторонней помощи ходить за пределами квартиры по неровной поверхности (трава, гравий, снег и т.п.)? |
| 13. | Прием ванны | Можете ли вы войти в ванну (душевую кабину) и выйти из нее без присмотра, вымыться самостоятельно? |
| 14. | Подъем и спуск на 4 ступени | Можете ли вы подняться на 4 ступени и спуститься обратно, не опираясь на перила, но, при необходимости, используя вспомогательные средства? |
| 15. | Бег | Можете ли вы пробежать 10 метров не прихрамывая, за 4 секунды (допускается быстрая ходьба)? |

#### 6. Шкала Рэнкина

Позволяет оценить степень инвалидизации после инсульта и включает пять степеней инвалидизации после инсульта.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 0 | Нет симптомов |
| 1 | Отсутствие существенных нарушений жизнедеятельности, несмотря на наличие некоторых симптомов: способен выполнять все повседневные обязанности |
| 2 | Легкое нарушение жизнедеятельности: неспособен выполнять некоторые прежние обязанности, однако справляется с собственными делами без посторонней помощи |
| 3 | Умеренное нарушение жизнедеятельности: требуется некоторая помощь, однако способен ходить без посторонней помощи |
| 4 | Выраженное нарушение жизнедеятельности: неспособен ходить без посторонней помощи, неспособен справляться со своими физическими потребностями без посторонней помощи |
| 5 | Тяжелое нарушение жизнедеятельности: прикован к постели, недержание мочи и кала, требует постоянной помощи и присмотра персонала |

1. Первая степень предполагает отсутствие признаков инвалидности, больной в состоянии выполнять без посторонней помощи все действия по уходу за собой. Однако это не исключает у больного наличия мышечной слабости, расстройств чувствительности, нарушений речи или других неврологических функций. Эти нарушения выражены в незначительной степени и не ведут к ограничению активности.

2. Вторая степень предполагает наличие легких признаков инвалидности, но больной в состоянии ухаживать за собой без посторонней помощи. Например, не может вернуться к прежней работе, но способен обслуживать себя без постороннего присмотра.

3. Третья степень предполагает умеренно выраженные признаки инвалидности, больной нуждается в некоторой посторонней помощи при одевании, гигиеническом уходе за собой; больной не в состоянии внятно читать или свободно общаться с окружающими. Больной может пользоваться ортопедическими приспособлениями или тростью.

4. Четвертая степень предполагает наличие выраженных признаков инвалидности. Больной не в состоянии ходить и ухаживать за собой без посторонней помощи, он нуждается в круглосуточном присмотре и в ежедневной посторонней помощи. При этом он в состоянии самостоятельно или при минимальной помощи со стороны выполнять какую-то часть мероприятий по уходу за собой.

5. Пятая степень предполагает сильно выраженные признаки инвалидности. Больной прикован к постели, неопрятен и нуждается в постоянном уходе и наблюдении.

#### 7. Тестирование функции глотания

##### СТАНДАРТИЗИРОВАННОЕ СКРИНИНГОВОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ФУНКЦИИ ГЛОТАНИЯ

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

Ф.И.О. .......................... Отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Палата ...........

                                                                       ┌══‰

1. Пациент бодрствует или может быть разбужен? Реагирует на      ДА    │  │

обращение?                                                             └══…

                                                                       ┌══‰

                                                                 НЕТ   │  │

                                                                       └══…

2. Может ли пациент быть посажен? Может ли сидя контролировать

положение головы?                                                      ┌══‰

                                                                 ДА    │  │

                                                                       └══…

                                                                       ┌══‰

                                                                 НЕТ   │  │

                                                                       └══…

Если вы ответили НЕТ хотя бы на 1 вопрос - остановитесь и

             НЕ ПРИСТУПАЙТЕ К ТЕСТИРОВАНИЮ

Производите повторные оценки каждые 24 часа.

Обсудите вопросы питания и гидратации с врачами.

                                                                       ┌══‰

3. Может ли пациент покашлять, если его попросить об этом?       ДА    │  │

                                                                       └══…

                                                                       ┌══‰

                                                                 НЕТ   │  │

                                                                       └══…

                                                                       ┌══‰

4. Может ли пациент контролировать слюну: вовремя проглатывать,  ДА    │  │

не допускать истечение слюны изо рта?                                  └══…

                                                                       ┌══‰

                                                                 НЕТ   │  │

                                                                       └══…

                                                                       ┌══‰

5. Может ли пациент облизать губы?                               ДА    │  │

                                                                       └══…

                                                                       ┌══‰

                                                                 НЕТ   │  │

                                                                       └══…

                                                                       ┌══‰

6. Может ли пациент свободно дышать?                             ДА    │  │

                                                                       └══…

                                                                       ┌══‰

                                                                 НЕТ   │  │

                                                                       └══…

Если ответы на 3 - 6 вопросы "ДА" - переходите к тестированию

Если на любой из вопросов вы ответили "НЕТ" - ОБРАТИТЕСЬ ЗА КОНСУЛЬТАЦИЕЙ К

К СПЕЦИАЛИСТУ ПО ГЛОТАНИЮ

                                                       ┌══‰

7. Голос пациента влажный или хриплый?     ДА          │  │  обратитесь

                                                       │  │  к специалисту

                                                       └══…  по глотанию

                                                       ┌══‰

                                           НЕТ         │  │  приступайте

                                                       │  │  к тестированию

                                                       └══…

Если сомневаетесь, обсудите со специалистом по глотанию и/или врачом.

Лист заполнил(а):                                Время: \_\_\_\_ час. \_\_\_\_ мин.

Дата: "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_

Подпись: ....................... / Фамилия.........................../

##### СКРИНИНГОВОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ГЛОТАНИЯ

Пациент РАЗБУЖЕН и ПОСАЖЕН: Дата: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_



Скрининговое тестирование произвела: ........................

### Приложение 3к Алгоритмуоказания медицинской помощипациентам с острыми нарушениямимозгового кровообращенияна территорииЧелябинской области

 **Контактные данные для оповещения медицинских организаций о поступлении пациента с признаками ОНМК**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Медицинская организация | Заведующий профильным отделением | Контактный телефон |
| АНО "ЦКМСЧ" <\*> | Лоскутников Марк Алексеевич | 8(3519)26-85-96 - приемный покой89154532061 - Лоскутников Марк Алексеевич89057807144 - Вакин Тимофей Михайлович |
| ГАУЗ <\*> "Городская больница N 3г. Магнитогорск" | Салтыкова Альбина Тиналовна | 8(3519)39-59-92 - ординаторская8(3519)39-59-96 - приемный покой8(3519)39-59-72 - ОРИТ |
| ГБУЗ <\*> "Городская больница N 3г. Златоуст" | Кочешков Анатолий Александрович | 8 (3513)66-43-13 - ординаторская8(3513)66-42-40 - приемный покой |
| ГБУЗ "Городская больница N 3г. Миасс" | Вязьмин Виталий Алексеевич | 8(3513)54-33-06 - приемный покой8(3513)24-17-44 - ординаторская8(3513)24-05-40 - ОРИТ |
| ГБУЗ "Городская больницаим. А.П. Силаева г. Кыштым" | Классен Елена Александровна | 8(3515)14-67-64 - приемный покой |
| ГБУЗ "Областная больницаг. Троицка" | Корнилова Ирина Николаевна | 8(3516)32-39-41 - ОРИТ8(3516)32-60-90 - приемный покой |
| ГБУЗ "Областная клиническаябольница N 3" | Попов Дмитрий Валентинович | 8(351)741-63-038(351)749-97-81 |
| ГБУЗ "Районная больница г. Сатка" | Крицкая Наталья Викторовна | 8(351)619-52-67 - ординаторская |
| ГБУЗ "Районная больница с. Варна" | Мицель Оксана Викторовна | 8(3514)221257     (89026009922) - диспетчер8(3514)221656 - ординаторская в дневное время |
| ГБУЗ "Челябинская областнаяклиническая больница" | Печеркин Вячеслав Федорович | 8(351)223-02-97дежурный невролог |
| МАУЗ <\*> Городская клиническая больница N 9 | Давыдова Наталья Владимировна | 8(351)727-97-10 - ординаторская8(351)251-59-26 - ОРИТ |
| МАУЗ Ордена Знака Почета Городская клиническая больницаN 8 | Костина Тамара Леонидовна | 8(351)772-80-19 - приемный покой;8(351)734-47-30 - ординаторская |
| МАУЗ Ордена Трудового Красного Знамени городская клиническаябольница N 1 | Зиновьева Наталья Павловна | 8(351)728-49-68 ординаторская8(351)728-49-56 - пост |
| ФГБУЗ <\*> "Клиническая больница N 71 Федерального медико-биологического агентства России" | Турванин Владимир Алексеевич | 8(35130)2-84-46 - ОРИТ |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* В таблице использованы следующие сокращения:

ГАУЗ - Государственное автономное учреждение здравоохранения;

ГБУЗ - Государственное бюджетное учреждение здравоохранения;

МАУЗ - Муниципальное автономное учреждение здравоохранения;

ФГБУЗ - Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения;

АНО "ЦКМСЧ" - Автономная некоммерческая организация "Центральная клиническая медико-санитарная часть".

**Приложение 4
к Алгоритму
оказания медицинской помощи
пациентам с острыми нарушениями
мозгового кровообращения
на территории
Челябинской области**

 **Памятка по организации медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Челябинской области**

