



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ**  
**БУРЯАД РЕСПУБЛИКЫН ЭЛҮҮРЫЕ ХАМГААЛГЫН МИНИСТЕРСТВО**

**П Р И К А З**

30.08. 2013

№ 1228 -ОД

г. Улан-Удэ

**О совершенствовании организации оказания медицинской помощи  
пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения  
в Республике Бурятия**

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» и в целях совершенствования оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Республике Бурятия

**п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

1.1. Территории обслуживания медицинскими организациями по оказанию специализированной медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения (далее ОНМК) (I 60 – I 64, G 45 (по МКБ – 10) (приложение №1);

1.2. Порядок госпитализации пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Региональный сосудистый центр ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А.Семашко», первичное сосудистое отделение ГБУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова», первичное сосудистое отделение ГБУЗ «Гусиноозерская центральная районная больница» (приложение №2);

1.3. Алгоритм ведения пациентов с ОНМК на догоспитальном этапе (приложение №3);

1.4. Алгоритм ведения пациентов с ОНМК на госпитальном этапе (приложение №4);

1.5. Положение о госпитальном и территориально-популяционном регистре пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения» (приложение №5);

2. Главному врачу ГБУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко» Лудуповой Е.Ю.:

2.1. Назначить руководителя Регионального сосудистого центра с возложением на него ответственности:

- за осуществление оперативного мониторинга за заболеваемостью и смертностью пациентов с ОНМК в РБ;

- за мониторинг работы коечного фонда ПСО и РСЦ и организацию переводов пациентов из ПСО в РСЦ и в центр медицинской реабилитации.

2.2. Обеспечить госпитализацию пациентов с ОНМК из территории обслуживания в Региональный сосудистый центр ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А.Семашко» (далее - РСЦ ГБУЗ «РКБ им. Н.А.Семашко») вне зависимости от места регистрации места жительства и фактического проживания пациентов, в том числе иногородних согласно приложениям 1 и 2 к настоящему приказу;

2.3. Обеспечить экстренную госпитализацию пациентов неврологического профиля (за исключением пациентов с ОНМК) в неврологическое отделение ГБУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко» по понедельникам.

2.4. Обеспечить (при наличии показаний) перевод пациентов с ОНМК из РСЦ ГБУЗ «РКБ им. Н.А.Семашко», ПСО ГБУЗ «ГК БСМП им. В.В. Ангапова» для долечивания в центр медицинской реабилитации ГБУЗ РКБ им. Н.А. Семашко, независимо от места регистрации места жительства и проживания пациентов.

3. Главному врачу ГБУЗ «ГК БСМП им. В.В.Ангапова» Амагырову В.П.:

3.1. Обеспечить госпитализацию пациентов с ОНМК из территории обслуживания в первичное сосудистое отделение ГБУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им.В.В.Ангапова» (далее - ПСО ГБУЗ «ГК БСМП им. В.В.Ангапова») вне зависимости от регистрации места жительства и фактического проживания пациентов, в том числе иногородних согласно приложениям 1 и 2 к настоящему приказу;

3.2. Осуществлять перевод пациентов в РСЦ ГБУЗ «РКБ им. Н.А.Семашко» при наличии показаний в соответствии с приложением № 2 к настоящему приказу;

4. Главному врачу ГБУЗ «Городская больница №4» Бидагаевой Т.Г обеспечить экстренную госпитализацию пациентов неврологического профиля (исключая ОНМК) по вторникам, четвергам, пятницам, субботам, воскресеньям.

5. Главному врачу ГБУЗ «Гусиноозерская центральная районная больница» Будаевой С.Д.:

5.1. Обеспечить госпитализацию пациентов с ОНМК из территории обслуживания в первичное сосудистое отделение ГБУЗ «Гусиноозёрская центральная районная больница» (далее - ПСО ГБУЗ «Гусиноозерская ЦРБ») вне зависимости от

регистрации места жительства и проживания пациентов согласно приложениям 1 и 2 к настоящему приказу;

5.2. Осуществлять перевод пациентов в РСЦ ГБУЗ «РКБ им. Н.А.Семашко» при наличии показаний транспортом ЦРБ в соответствии с приложением № 2 к настоящему приказу;

6. Главным врачам ГБУЗ «Иволгинская ЦРБ», «Тарбагатайская ЦРБ», «Заиграевская ЦРБ», «Прибайкальская ЦРБ», «Кабанская ЦРБ», «Гусиноозёрская ЦРБ», «Петропавловская ЦРБ», «Кяхтинская ЦРБ», «Станция скорой медицинской помощи г. Улан-Удэ»:

6.1. Организовать транспортировку пациентов с ОНМК в РСЦ ГБУЗ «РКБ им. Н.А.Семашко», в ПСО ГБУЗ «ГК БСМП им. В.В. Ангапова» и ПСО ГБУЗ «Гусиноозёрская ЦРБ» в соответствии с территориями обслуживания согласно приложению №1 к настоящему приказу;

6.2. Обеспечить соблюдение Алгоритма ведения пациентов с ОНМК на догоспитальном этапе при транспортировке согласно приложению №3 к настоящему приказу;

7. Главному врачу ГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи г. Улан-Удэ» Нечунаеву А.П.:

7.1. из приёмного кабинета ПСО ГБУЗ «ГК БСМП им В.В. Ангапова» осуществлять транспортировку пациентов с хроническими формами цереброваскулярных болезней, после исключения у них диагноза ОНМК:

- в ГБУЗ «Городская больница №4» по вторникам, четвергам, пятницам, субботам, воскресеньям;

- в НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД» по средам (по согласованию);

- в ГБУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко» по понедельникам.

7.2. из приёмного отделения ГБУЗ «РКБ им.Н.А.Семашко» осуществлять транспортировку пациентов с хроническими формами цереброваскулярных болезней, после исключения у них диагноза ОНМК:

- в ГБУЗ «Городская больница №4» по вторникам, четвергам, пятницам, субботам, воскресеньям;

- в НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД» по средам (по согласованию).

8. Рекомендовать главному врачу НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД» Плеханову А.Н. организовать:

8.1. Обеспечение экстренной госпитализации пациентов неврологического профиля (исключая острые нарушения мозгового кровообращения) по средам.

8.2. Обеспечение переводов из РСЦ и ПСО пациентов с ОНМК, относящихся к категориям работников и пенсионеров железнодорожного транспорта, на медицинскую реабилитацию.

9. Настоящий приказ вступает в силу со 2 сентября 2013 г.

10. Признать приказы Министерства здравоохранения Республики Бурятия от 19.06. 2012 г. №740-ОД «О совершенствовании организации оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Республике Бурятия» и от 26.07.2013 г. №1093-ОД « Об изменении организации экстренной медицинской помощи неврологического профиля взрослому населению г.Улан-Удэ с 01.08.2013г.» утратившими силу.

11. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя министра здравоохранения Республики Бурятия А.О. Занданова.

Заместитель министра

С.Д.Замбалова

Логина Н.Ю.(301-2)21-32-21  
Костров И.Б., (301-2) 21- 49-20  
Хамнагдаев В.С., (301-2) 23-01-07  
Ангапова Е.В.(301-2) 43-62-45

**Территории обслуживания медицинскими организациями по оказанию  
специализированной медицинской помощи пациентам с острыми  
нарушениями мозгового кровообращения**

**1. В Региональный сосудистый центр ГБУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко» госпитализируются:**

1.1. Пациенты с ОНМК с территории обслуживания населения ГБУЗ «Городская поликлиника №1» Советского района, территории обслуживания населения ГБУЗ «Городская поликлиника №2» Октябрьского района г. Улан-Удэ, территории обслуживания населения Иволгинского, Тарбагатайского, Прибайкальского, Заиграевского, Кабанского районов, не имеющих противопоказаний для транспортировки, минуя ЦРБ медицинским транспортом ЦРБ класса «В» или «С» в сопровождении медицинского персонала с охватом населения в количестве 266303 человека.

В иных случаях, при наличии объективных обстоятельств, препятствующих доставке и госпитализации пациентов в первичные сосудистые отделения или региональный сосудистый центр (отсутствие свободных мест, невозможность своевременной доставки пациента в связи с загруженностью дорог, развившееся острое нарушение мозгового кровообращения с угрозой ухудшения состояния пациента при транспортировке, добровольный отказ пациента от перевода) направлять и при наличии показаний госпитализировать и продолжать лечение пациентов в ЦРБ по месту жительства, где им оказывается помощь в соответствии с Алгоритмом ведения пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения на госпитальном этапе (приложение №4). Врачи ЦРБ при необходимости консультируют пациентов с дежурным неврологом, нейрохирургом РСЦ ГБУЗ «РКБ им. Н.А.Семашко» с целью уточнения диагноза, определения тактики лечения, а также с целью решения вопроса о необходимости перевода пациента в РСЦ или выезда консультативной бригады РСЦ по линии санитарной авиации.

**2. В первичное сосудистое отделение ГБУЗ «ГК БСМП им. В.В. Ангапова» госпитализируются:**

2.1. Пациенты с ОНМК с территории обслуживания городских поликлиник №3, 4, 5, 6, Студенческой поликлиники, НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст.Улан-Удэ ОАО «РЖД» с охватом населения в количестве 200730 человек.

2.2. Врачи ПСО ГБУЗ «ГК БСМП им. В.В.Ангапова» при необходимости консультируют пациентов с дежурным неврологом, нейрохирургом РСЦ ГБУЗ «РКБ им. Н.А.Семашко» с целью уточнения диагноза, определения тактики

лечения, а также с целью решения вопроса о необходимости перевода пациента в РСЦ или выезда консультативной бригады РСЦ по линии санитарной авиации.

### **3. В первичное сосудистое отделение ГБУЗ «Гусиноозёрская ЦРБ» госпитализируются:**

3.1. Пациенты с ОНМК с территории обслуживания Селенгинского, Джидинского, Кяхтинского районов с охватом населения 87826 человек, не имеющих противопоказаний для транспортировки.

3.2. Госпитализация пациентов, проживающих в Джидинском и Кяхтинском районах, при отсутствии противопоказаний осуществляется, минуя ЦРБ медицинским транспортом ЦРБ класса «В» или «С» в сопровождении медицинского персонала;

3.3. В иных случаях, пациенты госпитализируются в ЦРБ по месту жительства, где им оказывается помощь в соответствии с Алгоритмом ведения пациентов с ОНМК на госпитальном этапе (приложение №4).

3.4. Врачи ЦРБ консультируют пациентов с дежурным неврологом ПСО ГБУЗ «Гусиноозёрская ЦРБ» с целью уточнения диагноза, определения тактики лечения, а также с целью решения вопроса о необходимости перевода пациента в ПСО или РСЦ или выезда консультативной бригады РСЦ по линии санитарной авиации.

3.5. Врачи ПСО ГБУЗ «Гусиноозёрская ЦРБ» консультируют пациентов с дежурным неврологом, нейрохирургом РСЦ ГБУЗ «РКБ им. Н.А.Семашко» с целью уточнения диагноза, определения тактики лечения, а также с целью решения вопроса о необходимости перевода пациента в РСЦ или выезда консультативной бригады РСЦ по линии санитарной авиации.

**Порядок  
госпитализации пациентов с острыми нарушениями мозгового  
кровообращения в РСЦ ГБУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко»,  
ПСО ГБУЗ «ГК БСМП им. В.В.Ангапова»,  
ПСО ГБУЗ «Гусиноозерская центральная районная больница»**

**1. В РСЦ ГБУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко»:**

1.1. При постановке диагноза «Острое нарушение мозгового кровообращения» перед госпитализацией врач или фельдшер бригады скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе осуществляет оказание медицинской помощи, включая коррекцию жизненно важных функций, проведение, при необходимости, реанимационных мероприятий и перед транспортировкой в ЛПУ сообщает лично или через диспетчера скорой медицинской помощи о пациенте в приёмное отделение Регионального сосудистого центра ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» и определяет примерное время доезда бригады.

1.2. При получении согласия на госпитализацию пациента доставляют медицинским транспортом в сопровождении медицинского персонала в приёмное отделение Регионального сосудистого центра (корпус №2) ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А.Семашко».

1.3. Оказание медицинской помощи пациентам с ОНМК дежурным врачом в приёмном отделении, врачом блока интенсивной терапии и реанимации и неврологического отделения РСЦ осуществляется согласно Приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. №928н «Порядок оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения».

2. Из первичных сосудистых отделений пациенты переводятся с острым нарушением мозгового кровообращения в РСЦ отделение нейрохирургии ГБУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко» при наличии следующих показаний:

2.1. Несимптомные стенозы магистральных артерий более 70% вне зависимости от наличия неврологической симптоматики (вопрос о переводе решается после консультации нейрохирурга РСЦ в каждом конкретном случае).

2.2. Симптомные стенозы магистральных артерий более 50% при наличии очаговой неврологической симптоматики (после перенесенного инсульта или транзиторной ишемической атаки (вопрос о переводе решается после консультации нейрохирурга РСЦ в каждом конкретном случае).

2.3. Оклюзия сонной артерии (вопрос о переводе решается после консультации нейрохирурга РСЦ в каждом конкретном случае).

2.4. Пациенты с геморрагическим инсультом (вопрос о переводе решается после консультации нейрохирурга РСЦ в каждом конкретном случае).

## **2. В первичные сосудистые отделения ГБУЗ «ГК БСМП им.В.В.Ангапова» и ГБУЗ «Гусиноозёрская ЦРБ»:**

2.1. При постановке диагноза «Острое нарушение мозгового кровообращения» перед госпитализацией врач или фельдшер бригады скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе осуществляет оказание медицинской помощи, включая коррекцию жизненно важных функций, проведение, при необходимости, реанимационных мероприятий и перед транспортировкой в ЛПУ сообщает лично или через диспетчера скорой медицинской помощи о пациенте в приёмное отделение первичного сосудистого отделения и определяет примерное время доезда бригады.

2.2. При получении согласия на госпитализацию пациента доставляют медицинским транспортом в сопровождении медицинского персонала в приёмное отделение ПСО.

2.3. Оказание медицинской помощи пациентам с ОНМК дежурным врачом в приёмном отделении, врачом блока интенсивной терапии и реанимации и неврологического отделения ПСО осуществляется согласно Приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. №928н «Порядок оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения».

3. По окончании срока стационарного лечения в неврологическом отделении, предусмотренного стандартами оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК, дальнейшая тактика ведения и реабилитация пациента определяется врачебным консилиумом в составе заведующего отделением, лечащего врача, бригады специалистов, участвовавших в восстановлении нарушенных вследствие ОНМК функций нервной системы, с записью в медицинской карте стационарного больного.

В дальнейшем больного направляют на долечивание и реабилитацию в амбулаторно-поликлинические учреждения (поликлиники городские, центральные районные, физиотерапевтические, восстановительного лечения), лечебно-физкультурный диспансер, санаторно-курортные учреждения, центры нейрореабилитации, лечебной физкультуры и спортивной медицины, восстановительной медицины и реабилитации, отделения реабилитации больничных учреждений (городские, центральные районные, республиканские), специализированные больницы восстановительного лечения, специализированные больничные учреждения (гериатрические), дома (больницы) сестринского ухода, хосписы или больной выписывается домой под наблюдение медицинского работника по месту жительства больного.



**Алгоритм**  
**ведения пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения на**  
**догоспитальном этапе**  
**(при диагностике острого нарушения мозгового кровообращения при вызове**  
**на дом фельдшера или врача общей практики, на фельдшерско-акушерском**  
**пункте, в амбулаторно-поликлиническом учреждении, при вызове бригады**  
**скорой помощи)**

1. Выявление характерных жалоб: головная боль, головокружение, тошнота, рвота, нарушение речи, глотания, поведение, двоение перед глазами, выпадение полей зрения, онемение, слабость в конечностях, расстройство сознания, эписиндром, судороги и анамнестических данных: недавно перенесенный инфаркт миокарда, мерцательная аритмия, атеросклероз сосудов нижних конечностей, артериальная гипертония, диабет, наследственность.

- Неврологический осмотр – изменение сознания, менингеальные знаки, очаговые симптомы: нарушение речи, слабость в конечностях, асимметрия лица, косоглазие, нистагм, выпадение полей зрения, нарушение глотания

- Физикальное обследование: измерение ЧСС, АД, ЧД, ЭКГ, глюкоза, температура.

2. При подозрении на инсульт – срочная транспортировка в стационар.

3. При транспортировке:

- Коррекция оксигенации (проходимость дыхательных путей, кислород, ИВЛ)

- Купирование судорог (диазепам, магния сульфат)

- Коррекция артериального давления. Не снижать АД когда показатели находятся в пределах 190-200/ 105-110 мм.рт.ст. При более высоких цифрах АД применять сульфат магния в/в, ингибиторы АПФ в/в, урапидил. Не применять блокаторы кальциевых каналов. При гипотонии инфузия 0,9% NaCl, внутривенная инфузия допамина в начальной дозе 5мкг/кг в мин.

4. При отеке мозга (выраженный дефицит сознания): приподнятый головной конец до 30 градусов (без сгибания шеи!). Не применять фуросемид (исключение - отек легких), т.к. повышается гематокрит.

5. Нейропротекторы (глицин 1,0 под язык, сульфат магния).

6. Препараты, применение которых при инсульте не рекомендуется на догоспитальном этапе:

- Фуросемид, эуфиллин, дексаметазон, ацетилсалициловая кислота (аспирин), преднизолон, парацетам, нифедипин, кальция хлорид, менадиона натрия бисульфит (викасол).

**Алгоритм  
ведения пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения на  
госпитальном этапе**

1. Осмотр невролога: сбор жалоб (головная боль, головокружение, тошнота, рвота, нарушение речи, глотания, поведение, двоение перед глазами, выпадение полей зрения, онемение, слабость в конечностях, расстройство сознания, эпилептический приступ, судороги) и анамнестических данных: недавно перенесенный инфаркт миокарда, мерцательная аритмия, атеросклероз сосудов нижних конечностей, артериальная гипертония, диабет.

При неврологическом осмотре проводится оценка сознания / уровня бодрствования (ясное сознание – оглушение – сопор – кома), менингеальных симптомов, нарушения черепной иннервации, двигательной системы, мозжечковых и вестибулярных функций, высших корковых функций, зрительных расстройств.

Почти мгновенная утрата сознания более характерна для субарахноидального кровоизлияния, кровоизлияния в ствол мозга. Постепенное снижение уровня бодрствования развивается при большой внутримозговой гематоме, особенно гематоме мозжечка с явлениями острой окклюзионной гидроцефалии и вторичной компрессии ствола мозга, а также при транстенториальном смещении на фоне отека мозга при обширном супратенториальном инфаркте мозга. Очень раннее угнетение сознания чаще всего связано с геморрагическим инсультом. В случае преобладания спутанности у больного с отсутствием (или минимальной выраженностью) очаговых неврологических расстройств необходимо исключить метаболическую (токсическую) энцефалопатию. Менингеальный синдром (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, симптомы Брудзинского, блефароспазм) чаще развивается при геморрагическом инсульте (особенно при субарахноидальном кровоизлиянии), но может быть обнаружен при обширном инфаркте головного мозга, при инфаркте мозжечка.

2. При наличии показаний и отсутствии противопоказаний к тромболитической терапии в приемном отделении осуществляется забор крови для исследования (МНО, глюкоза, тромбоциты).

Показания к тромболитической терапии (ТЛТ)

- Клинический диагноз ишемического инсульта
- Возраст 18-60 лет
- Время не более 3 часов от начала заболевания до ТЛТ
- Отсутствие значительного клинического улучшения перед началом ТЛТ

## Противопоказания к ТЛТ

### Данные КТ

1. Наличие признаков внутримозгового кровоизлияния при КТ-исследовании.
2. Гиподенсивная область  $>1/3$  бассейна средней мозговой артерии со сглаженностью рисунка борозд и извилин.

### Клинические данные

1. Малый неврологический дефицит или значительное клиническое улучшение перед началом терапии.
2. Тяжелый инсульт (клинически – более 25 баллов по шкале NIHSS).
3. Клинические признаки субарахноидального кровоизлияния, даже если нет данных за него при КТ/МРТ.
4. Судорожный припадок в дебюте инсульта.
5. Систолическое АД  $>185$  мм.рт.ст. или диастолическое АД  $>105$  мм.рт.ст.

### Лабораторные данные

1. Количество тромбоцитов менее 100 000 в мкл.
2. Гликемия менее или более 2,8-22,5 ммоль/л.
3. МНО  $>1,7$

### Данные анамнеза

1. Более 3 часов от начала заболевания или те больные, у которых точное время заболевания неизвестно (инсульт во сне).
2. Применение гепарина в предшествующие 48 часов до инсульта
3. Больные с любым инсультом в анамнезе и сопутствующим сахарным диабетом.
4. Предшествующий инсульт в течение 3 месяцев.
5. Известный геморрагический диатез.
6. Больные, получающие оральные антикоагулянты (варфарин)
7. Недавнее или проявляющееся выраженное кровотечение
8. Такие заболевания ЦНС в анамнезе, как опухоль, аневризма, состояние после оперативных вмешательств на головном или спинном мозге.
9. Геморрагическая ретинопатия.
10. Недавний (менее чем за 10 дней) перенесенный наружный массаж сердца, состояние после абортов, состояние после пункции центральных вен.
11. Бактериальный эндокардит, перикардит, острый панкреатит.
12. Документально подтвержденные язвенная болезнь желудка за последние 3 месяца, эрозии пищевода, артериальные аневризмы, артерио-венозные мальформации.
13. Тяжелые заболевания печени, включая цирроз печени, печеночную недостаточность, портальную гипертензию, варикозное расширение вен пищевода и активный гепатит.
14. Серьезное хирургическое вмешательство или тяжелая травма в течение последних 3 месяцев.
15. Беременность

3. Проведение КТ головного мозга для диагностики инсульта и его характера.

КТ головного мозга должно быть проведено всем больным с подозрением на инсульт или диагнозом неопределенный инсульт.

- При геморрагическом характере инсульта – консультация нейрохирурга регионального сосудистого центра для определения тактики ведения пациента.

- При наличии показаний и отсутствии противопоказаний к тромболитической терапии осуществляется срочная транспортировка пациента в ПИТ НСО.

При невозможности проведения КТ головного мозга при подозрении на диагноз субарахноидального кровоизлияния осуществляется спинномозговая пункция при отсутствии противопоказаний (подозрение на высокое внутричерепное давление). Перед проведением манипуляции осуществляется Эхо-ЭГ – исключение смещения эхо-сигнала, осмотр окулиста – исключение застойных дисков зрительных нервов. Подозрение на инсульт мозжечка также является относительным противопоказанием к спинномозговой пункции. В отсутствие томографических методов исследования головы на первый план в постановке диагноза наряду с тщательным неврологическим осмотром выходит детальный анамнез, ход развития острого нарушения мозгового кровообращения.

Для ишемического инсульта (инфаркта мозга) характерны:

- предшествующие транзиторные ишемические атаки или транзиторная монокулярная слепота;

- выявленные ранее стенокардия или симптомы ишемии нижних конечностей;

- патология сердца (нарушения ритма сердца, чаще всего в виде мерцательной аритмии, наличие искусственных клапанов сердца, ревматизм, инфекционный эндокардит, острый инфаркт миокарда, пролапс митрального клапана и др.);

- развитие во время сна, после приема горячей ванны, физического утомления, а также во время приступа мерцательной аритмии, в том числе на фоне острого инфаркта миокарда, коллапса, кровопотери;

- постепенное развитие неврологической симптоматики, в ряде случаев ее мерцание, т. е. нарастание, уменьшение и вновь нарастание клинических симптомов;

- возраст старше 50 лет;

- превалирование неврологической очаговой симптоматики над общемозговой симптоматикой.

Для кровоизлияния в мозг характерны:

- длительно существующая артериальная гипертония, нередко с кризовым течением;

- развитие инсульта во время эмоциональных или физических перенапряжений;

- высокое артериальное давление в первые минуты, часы после начала

инсульта;

- возраст больных не является определяющим моментом, однако для инфарктов мозга более характерен старший возрастной диапазон по сравнению с кровоизлияниями;

- бурное развитие неврологической и общемозговой симптоматики, приводящей нередко уже через несколько минут к коматозному состоянию больного (особенно это характерно для кровоизлияния в ствол мозга или мозжечок, хотя изредка наблюдается и при обширных инфарктах ствола мозга в связи с закупоркой основной артерии, однако для нее типичны предвестники — расплывчатость зрения, туман перед глазами, двоение, нарушения фонации, глотания, статики и др.);

- характерный вид некоторых больных — багрово-синюшное лицо, особенно при гиперстенической конституции, тошнота или неоднократная рвота;

- редкость переходящих нарушений мозгового кровообращения в анамнезе и отсутствие транзиторной монокулярной слепоты;

- выраженная общемозговая симптоматика, жалобы на головную боль в определенной области головы, предшествующие (за несколько секунд или минут) развитию очаговых неврологических симптомов.

Для субарахноидального кровоизлияния характерны:

- относительно молодой возраст больных (чаще до 50 лет);

- начало заболевания внезапное, среди полного здоровья, во время активной, особенно физической деятельности;

- первоначальным симптомом является сильнейшая головная боль, часто описываемая больными как «непереносимая», с возможной потерей сознания;

- частое развитие эмоционального возбуждения, подъема артериального давления, в последующем иногда гипертермии;

- наличие выраженного менингеального синдрома: ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Брудзинского и Кернига, светобоязнь и повышенная чувствительность к шуму, нередко при отсутствии очаговой симптоматики;

- всегда — наличие крови в ликворе.

Ни один из приведенных признаков не может с абсолютной точностью указывать на диагноз геморрагического или ишемического инсульта. Имеет значение совокупность признаков и их выраженность.

- При подозрении на геморрагический характер инсульта по данным люмбальной пункции осуществляется консультация нейрохирурга регионального сосудистого центра.

4. При невозможности проведения КТ головного мозга, больным, имеющим в анамнезе указания на ушиб головы, после которого отмечено появление неврологических нарушений, имеющим следы ушибов, ран проводится рентгенологическое исследование черепа.

5. Рентгенография органов грудной клетки

6. Электрокардиография для диагностики нарушения ритма, ишемии

миокарда.

7. Исследование общего анализа крови (эритроциты, гемоглобин, лейкоциты, тромбоциты, СОЭ), биохимического анализа крови (глюкоза, креатинин, мочевины, печеночные пробы), электролитов (натрий, калий), коагулограмма (фибриноген, протромбин, АЧТВ)

8. Ультразвуковое исследование артерий для оценки состояния сосудов, выявления их окклюзирующих и стенозирующих поражений.

В отделении реанимации и интенсивной терапии РСЦ, ПСО:

1. Осуществляется мониторинг АД, ЭКГ, коагулограммы, электролитов

2. Тромболитическая терапия - r-ТРА (алтеплаза)

(0,9 мг/кг, max – 90 мг):

10% – в/в струйно в течение 1 минуты,

90% – в/в капельно в течение 60 мин

Масса, кг	Доза, мг (М*0,9)	Болус, мг	Базис, мг
50	45	4,5	40,5
55	49,5	4,95	44,5
60	54	5,4	48,6
65	58,5	5,85	52,5
70	63	6,3	56,7
75	67,5	6,75	60,75
80	72	7,2	64,8
85	76,5	7,65	68,85
90	81	8,1	72,95
95	85,5	8,55	76,95
100	90	9	81

Мониторирование (АД, ЧСС, ЧД, t, SaO<sub>2</sub>) в течение минимум суток.

- Осмотр невролога, NIHSS:

Каждые 15 минут – во время ТЛТ

Каждые 60 минут – до 24 часов от начала лечения

- Контроль АД:

Каждые 15 минут – 2 часа

Каждые 30 минут - 6 часов

Каждые 60 минут – до 24 часов от начала лечения

- Контроль гликемии
- Запрещено пунктировать некомперируемые вены (введение алтеплазы – в локтевую вену)
- Не рекомендуется установка катетеров и зондов после ТЛТ в течение суток (при необходимости – постановка их до начала ТЛТ)
- Необходимо избегать в/м инъекций
- При нежелательных явлениях – прекращение ТЛТ

- Антикоагулянты и антиагреганты (гепарин, аспирин) запрещены в течение 24 часов после ТЛТ!

3. Основой для определения целевых уровней артериального давления при ишемическом инсульте должен являться патогенетический вариант инсульта. При атеротромботическом инсульте в остром периоде или прогрессирующем его течении АД следует снижать только при клинических признаках его непереносимости (тошнота, рвота, интенсивная головная боль). Учитывая высокий риск геморрагической трансформации при кардиоэмболическом варианте ишемического инсульта, максимально допустимое АД не должно превышать 185/105 мм.рт.ст. При лакунарном инсульте АД может находиться в пределах цифр адаптации, так как при этом типе инсульта не возникает выраженного отека головного мозга, и нет пenumбры. При неуточненном инсульте максимально допустимое АД не должно превышать 185/105 мм.рт.ст., так как не исключена возможность его геморрагической трансформации или геморрагического инсульта.

4. Для профилактики повышения внутричерепного давления применяются: поднятие головного конца кровати на 30 градусов, минимизирование кашля, психомоторного возбуждения, эпилептических припадков. Для лечения клинически значимого отека мозга применяются: Маннитол 25% 25-50 г/кг каждые 3-6 ч.; Глицерол 10% 250,0 каждые 6 ч.; Гипертонический раствор NaCl; ГиперХАЭС, Альбумин 20-25%. Введение противоотечных препаратов не должно быть профилактическим или плановым!

5. С целью нейропротекции и коррекции нарушений метаболизма мозга назначаются: антиоксиданты (Мексидол 5% 4-6 мл в/в капельно на физ.растворе), регуляторные нейропептиды (Семакс1% по 3 капли в каждую ноздрю), нейротрофические препараты (холина альфосцерат 1000 мг в/в капельно на физ.растворе)

6. Профилактика осложнений инсульта (ТЭЛА, тромбоз глубоких вен голени, пролежней, уроинфекций, пневмонии). Для этого необходимо:

- возможно ранняя активизация больного
- эластическая компрессия нижних конечностей
- пассивная или активная гимнастика
- применение у лежачих пациентов низкомолекулярных гепаринов
- Оценка состояния глотания. При поперхивании, невозможности глотания решается вопрос о постановке назогастрального зонда для обеспечения питания и введения лекарственных препаратов.

7. Оценка и поддержание водного баланса и нутритивная поддержка.

8. Проведение ранней реабилитации с участием мультидисциплинарной бригады в составе невролога, терапевта, логопеда, врача- физиотерапевта, врача ЛФК, эрготерапевта.

9. Выработка индивидуализированной программы вторичной профилактики (гипотензивная терапия, антитромбоцитарные препараты и антикоагулянты, контроль гликемии, коррекция липидного обмена). При выявлении патологии брахиоцефальных артерий, требующей хирургической коррекции - консультация с РСЦ для определения дальнейшей тактики ведения.

**Положение о госпитальном и  
территориально-популяционном регистре  
больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения**

Регистрация статистической информации больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения осуществляется ответственными врачами за ведение регистра в первичных сосудистых отделениях и в Региональном сосудистом центре.

Ведение госпитального и территориально-популяционного регистра больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения с учетом прикрепленных территорий проводится ответственными врачами за ведение регистра в первичных сосудистых отделениях и в Региональном сосудистом центре.

С целью проведения ежедневного и еженедельного мониторинга о ходе реализации ведомственной программы в первичных сосудистых отделениях и в Региональном сосудистом центре проводится регистрация статистической информации по больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения с учетом данных территорий обслуживания в соответствии с порядком предоставления информации.

Организация ведения регионального регистра больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения осуществляется под руководством руководителя Регионального сосудистого центра. Предоставление статистической информации по больным с ОНМК осуществляется руководителем Регионального сосудистого центра по требованию Министерства здравоохранения РБ.