



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

П Р И К А З

от 25.05.2023

г. Мурманск

№ 319

Об организации оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Мурманской области

В целях реализации региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», утвержденную постановлением Правительства Мурманской области в действующей редакции, совершенствования организации оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения (далее – ОНМК) на территории Мурманской области **приказываю:**

1. Утвердить:

1.1. Положение об организации оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Мурманской области.

1.2. Регламент маршрутизации и оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Мурманской области с приложениями.

1.3. Регламент маршрутизации пациентов со стенотическим поражением экстракраниальных (интракраниальных) отделов брахиоцефальных артерий.

2. Руководителям медицинских организаций Мурманской области обеспечить:

2.1. Организацию деятельности медицинских организаций по оказанию медицинской помощи больным с ОНМК в соответствии нормативными документами Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - Минздрава России), Министерства здравоохранения Мурманской области (далее – Министерства).

2.2. Взаимодействие и преемственность в вопросах организации оказания медицинской помощи больным с ОНМК между структурными подразделениями медицинских организаций, первичными сосудистыми отделениями, региональным сосудистым центром.

2.3. Наличие в медицинских организациях препаратов для выполнения клинических рекомендаций с учетом стандартов оказания медицинской помощи.

2.4. Принятие мер по укомплектованию вакантных ставок медицинских работников, подготовку и переподготовку медицинских кадров, участвующих в оказании медицинской помощи больным с ОНМК.

2.5. Взаимодействие с местными средствами массовой информации по вопросам профилактики инсульта, первых симптомах заболевания, методах самопомощи, необходимости раннего обращения за медицинской помощью.

2.6. Проведение мероприятий по выявлению лиц с риском возникновения сосудистых заболеваний, проведению первичной и вторичной профилактики ОНМК.

2.7. Контроль за организацией диспансерного наблюдения пациентов, перенесших ОНМК в соответствии с требованиями нормативных документов Минздрава России и Министерства.

2.8. Контроль за организацией обеспечения льготными лекарственными препаратами.

2.9. Проведение клинических врачебных конференций с разбором ошибок диагностики и лечения больных с ОНМК.

3. Рекомендовать руководителям медицинских организаций других Министерств и ведомств, расположенных на территории Мурманской области:

3.1. Организацию деятельности медицинских организаций по оказанию медицинской помощи больным с ОНМК в соответствии нормативными документами Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - Минздрава России), Министерства здравоохранения Мурманской области (далее – Министерства).

3.2. Взаимодействие и преемственность в вопросах организации оказания медицинской помощи больным с ОНМК между структурными подразделениями медицинских организаций, первичными сосудистыми отделениями, региональным сосудистым центром.

3.3. Наличие в медицинских организациях препаратов для выполнения клинических рекомендаций с учетом стандартов оказания медицинской помощи.

3.4. Принятие мер по укомплектованию вакантных ставок медицинских работников, подготовку и переподготовку медицинских кадров, участвующих в оказании медицинской помощи больным с ОНМК.

3.5. Взаимодействие с местными средствами массовой информации по вопросам профилактики инсульта, первых симптомах заболевания, методах самопомощи, необходимости раннего обращения за медицинской помощью.

3.6. Проведение мероприятий по выявлению лиц с риском возникновения сосудистых заболеваний, проведению первичной и вторичной профилактики ОНМК.

3.7. Контроль за организацией диспансерного наблюдения пациентов, перенесших ОНМК в соответствии с требованиями нормативных документов Минздрава России и Министерства.

3.8. Контроль за организацией обеспечения льготными лекарственными препаратами.

3.9. Проведение клинических врачебных конференций с разбором ошибок диагностики и лечения больных с ОНМК.

4. Приказ Министерства здравоохранения Мурманской области от 08.09.2017 № 539 «Об организации оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Мурманской области» считать утратившим в силу.

5. Начальнику отдела административной работы Министерства здравоохранения Мурманской области (Суркова Н.В.) обеспечить публикацию данного приказа с приложением на официальном сайте Министерства здравоохранения Мурманской области в сети «Интернет» в течение трех рабочих дней.

6. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра Чуксеева С.Е.

**Заместитель Губернатора
Мурманской области –
министр здравоохранения
Мурманской области**



Д.В. Панычев

Утверждено
приказом Министерства
здравоохранения Мурманской области
от 25.05.2023 № 319

**Положение
об организации оказания медицинской помощи больным с острыми
нарушениями мозгового кровообращения
на территории Мурманской области (далее – Положение)**

Положение об организации оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Мурманской области (далее – Положение) устанавливает правила оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (далее - ОНМК) в Мурманской области (соответствующие кодам I60-I64, G45-G46 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр)).

Медицинская помощь больным с ОНМК оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- специализированной медицинской помощи;
- паллиативной медицинской помощи.

Медицинская помощь оказывается в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи (далее – СМП), а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное наблюдение и лечение).

Медицинская помощь оказывается в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным с ОНМК, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Оказание медицинской помощи больным с ОНМК осуществляется в рамках последовательного процесса, начинающегося на до госпитальном этапе, который продолжается в стационарных условиях медицинских организаций и заканчивается реабилитационным процессом второго и третьего этапов, либо паллиативной помощью/сестринским уходом.

Маршрутизация пациентов и поэтапное оказание медицинской помощи больным с ОНМК на территории Мурманской области регламентируется настоящим приказом и приказом Министерства здравоохранения Мурманской

области (далее – Министерство) «О госпитализации в стационары Мурманской области».

Оказание медицинской помощи больным с ОНМК на догоспитальном этапе осуществляется бригадами скорой медицинской помощи (далее – СМП) согласно алгоритму ведения больных с подозрением на ОНМК на догоспитальном этапе.

Диспетчеры службы СМП во время телефонного контакта для диагностики инсульта в обязательном порядке используют тест «BEFAST» («баланс-зрение-лицо-рука-речь-время»).

Госпитализации в экстренном порядке, подлежат все пациенты с подозрением на ОНМК, включая подозрения на транзиторную ишемическую атаку (далее ТИА), транзиторную глобальную амнезию (далее ТГА), с давностью развития заболевания не более 28 дней.

При отказе пациента или его законного представителя от госпитализации в стационар медицинской организации оформляется письменный информированный отказ от госпитализации и проведения диагностических манипуляций.

В случае развития комы следует провести дифференциальный диагноз с комами другой этиологии (диабетической, травматической, алкогольной и др).

Стационарная медицинская помощь пациентам с ОНМК в Мурманской области оказывается в медицинских организациях, имеющих в своем составе неврологическое отделение для больных с ОНМК.

Стационарная медицинская помощь больным с ОНМК осуществляется в соответствии с алгоритмами поэтапного ведения пациентов.

В каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с ОНМК, разрабатывается и утверждается внутренний пошаговый алгоритм оказания медицинской помощи больным с ОНМК, учитывающий условия оказания медицинской помощи в медицинской организации и требования нормативных документов Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства.

Врачи, оказывающие медицинскую помощь больным с ОНМК, используют в своей работе все протоколы и справочные материалы Регламента маршрутизации и оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК (далее – Регламент).

По окончании стационарного этапа лечащим врачом заполняется шкала реабилитационной маршрутизации и определяется дальнейший этап лечения в зависимости от состояния и прогноза на дальнейшую реабилитацию:

- второй этап реабилитации (круглосуточное отделение реабилитации);
- третий этап реабилитации (амбулаторный или дневной стационар);
- паллиативная медицинская помощь.

Администрация медицинской организации, в которой проходил стационарное лечение пациент с ОНМК, обеспечивает передачу информации в МИАЦ в соответствии с приказом Министерства от 30.04.2020 № 228 «О порядке направления информации о пациентах, перенесших инфаркт миокарда, острое

нарушение мозгового кровообращения, а также пациентах, которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний».

При направлении пациента со стационарного этапа на последующий этап администрация медицинской организации обеспечивает передачу медицинских документов с целью преемственности.

Утвержден
приказом Министерства
здравоохранения Мурманской
области
от 25.05.2023 № 319

Регламент маршрутизации и оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Мурманской области

I. Общие положения

Регламент маршрутизации и оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Мурманской области (далее - Регламент) описывает поэтапный непрерывный процесс оказания медицинской помощи больным с ОНМК, алгоритмы и протоколы действия медицинского персонала, маршрутизацию пациентов.

Регламент содержит следующие разделы:

- перечень медицинских организаций Мурманской области, в структуре которых организованы неврологические отделения ОНМК с палатами реанимации и интенсивной терапии для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (первичные сосудистые отделение) и региональный сосудистый центр и зоны ответственности (приложение 1 к Регламенту);
- перечень медицинских организаций (всех форм собственности), оказывающих в рамках Территориальной программы государственных гарантий скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь при остром нарушении мозгового кровообращения (приложение 2 к Регламенту);
- перечень медицинских организаций (всех форм собственности), оказывающих в рамках Территориальной программы государственных гарантий специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, при остром нарушении мозгового кровообращения (приложение 3 к Регламенту);
- чек-лист врачебно-фельдшерской бригады скорой медицинской помощи (приложение 4 к Регламенту);
- поэтапные алгоритмы оказания медицинской помощи больным с ОНМК (приложение 5 к Регламенту);
- протоколы процедуры системного тромболизиса при ишемическом инсульте препаратами актилизе и фортелизин (приложение 6 к Регламенту);
- протокол внутрисосудистой реканализации при ишемическом инсульте (приложение 7 к Регламенту);
- показания и противопоказания к хирургическому лечению геморрагического инсульта (приложение 8 к Регламенту);
- стандартизированное скрининговое тестирование функций глотания (приложение 9 к Регламенту);
- профилактика венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) (приложение 10 к Регламенту);

- регламент маршрутизации пациентов со стенотическим поражением экстракраниальных (интракраниальных) отделов брахиоцефальных артерий.

II. Догоспитальный и стационарный этапы.

Госпитализации в экстренном порядке, подлежат все пациенты с подозрением на ОНМК, включая подозрения на транзиторную ишемическую атаку (далее - ТИА), транзиторную глобальную амнезию (далее - ТГА), с давностью развития заболевания не более 28 дней.

Транспортировка больных с подозрением на ОНМК проводится в соответствии с утвержденной маршрутизацией и зонами ответственности в первичные сосудистые отделения (далее – ПСО) или региональный сосудистый центр (далее – РСЦ).

Бригада СМП заранее оповещает медицинскую организацию о предполагаемой транспортировке больного с подозрением на ОНМК с указанием:

- тяжесть состояния (наличие нарушений витальных функций и необходимости в приемном отделении анестезиологической бригадой);
- время дебюта неврологической симптоматики;
- ориентировочного времени доставки в медицинскую организацию.

Бригада СМП заполняет чек-лист с оценкой шкалы тяжести инсульта (LAMS) (приложение 1 к Регламенту).

Бригада СМП проводит все мероприятия в соответствии с поэтапными алгоритмами оказания медицинской помощи (приложение 5 Регламенту, п. 1) и ожидает результаты компьютерной томографии.

Больные с высоким риском транспортировки с глубокими, неподдающимися коррекции и восстановлению расстройствами функций систем жизнеобеспечения:

- в агональном состоянии;
- при остром инсульте, осложненном глубокой комой (ШКГ 6 и менее баллов) с арефлексией, выраженными, неподдающимися коррекции, расстройствами функции дыхания (патологические типы дыхания) и (или) центральной гемодинамики;
- при развитии запредельной коме и смерти мозга;
- при не купируемом состоянии шока любой степени тяжести и этиологии;
- при не купируемом судорожном статусе;
- при отрицательной «пробе на переключивание» (утяжеление состояния, ухудшение центральной гемодинамики, показателей внешнего и тканевого дыхания и др.);
- при продолжающемся кровотечении любой локализации;
- при остановке сердца

госпитализируются в ближайший стационар, оказывающий медицинскую помощь по профилям «неврология» или «терапия». Лечащий врач медицинской организации, куда был доставлен пациент, в течении первых 6-12 часов посредством телемедицины, телефона, ЦТМК осуществляет консультацию с

врачом-неврологом прикрепленного ПСО или РСЦ с целью определения показаний и возможности перевода в ПСО или РСЦ.

Сотрудники стационара, куда доставлен больной с подозрением на ОНМК проводят все мероприятия в соответствии с поэтапными алгоритмами оказания медицинской помощи (приложение 5 к Регламенту, п. 2).

При верификации диагноза ишемического инсульта, наличии показаний и отсутствии противопоказаний к ТЛТ в расширенном терапевтическом окне (инсульт после сна) пациенту выполняется перфузионный режим КТ или МРТ (режимы DWI, Flair).

Экстренная (по *cito*) визуализация мозговой ткани и церебральных артерий у пациентов с ишемическим инсультом (обязательные диагностические методики).

Сроки от дебюта ОНМК	Группа	Диагностика
Любой срок	Все пациенты	КТ/МРТ головного мозга
0–4,5 ч	Неврологический дефицит ≥ 6 баллов по NIHSS либо балл NIHSS < 6 , но неврологический дефицит является инвалидизирующим для конкретного пациента; применимо в случае выполнения ТЛТ и/или ВСТЭ	КТ/МРТ головного мозга КТ/МРТ-ангиография сосудов головы и шеи (при наличии показаний к ВВ ТЛТ выполняется после в/в болуса тромболитика незамедлительно)
4,5-9 ч	Пациенты с неврологическим дефицитом 4–25 баллов по NIHSS, либо балл NIHSS < 4 , но неврологический дефицит является инвалидизирующим для конкретного пациента; ВСТЭ не показана или не планируется; применимо в случае выполнения ТЛТ	КТ/МРТ головного мозга КТ/МРТ-ангиография сосудов головы и шеи КТ в перфузионном режиме или МРТ в диффузионном и перфузионном режимах
0-36 ч	Повторная нейровизуализация у больных ИИ после проведения ВВ ТЛТ и/или ВСТЭ, при нарастании неврологической	КТ головного мозга

	симптоматики по NIHSS на 2 балла либо при появлении новой неврологической симптоматики	
24-36 ч	Все пациенты, которым проводилась ВВ ТЛТ или ВСТЭ	Повторная нейровизуализация у больных ИИ (после проведения ВВ ТЛТ и/или ВСТЭ)
Инсульт при пробуждении (соответствующий критериям WAKE-UP)	Пациенты с неизвестным временем начала заболевания, которое предположительно может составлять менее 4,5 часов, в том числе с «ночным инсультом»	MPT (DWI и FLAIR)

При наличии показаний (необходимость реанимационного пособия, контроля состояния и т.д.) КТ выполняется в сопровождении реанимационной бригады.

КТ или МРТ пациенту с ОНМК выполняется незамедлительно в приоритетном порядке.

Время от момента поступления больного с признаками ОНМК в ПСО или РСЦ до получения дежурным врачом-неврологом заключения КТ-исследования (с оценкой по шкале ASPECTS) или МРТ-исследования головного мозга должно составлять не более 40 минут.

Пациентам с геморрагическим инсультом или субарахноидальным кровоизлиянием по назначению дежурного невролога выполняется МСКТ ангиография головного мозга.

При подтверждении диагноза ишемического инсульта у пациента, госпитализированного в «терапевтическое окно» (0-4,5 ч для ТЛТ и 0-24 ч для инвазивных методик ревазуляризации), решается вопрос о выборе дальнейшей тактики лечения (ТЛТ, инвазивные методы ревазуляризации).

При подтверждении диагноза ОНМК больные со всеми типами ОНМК в остром периоде заболевания, в том числе с транзиторными ишемическими атаками, направляются в палату (блок) реанимации и интенсивной терапии.

В качестве целевого показателя эффективности организации госпитального этапа оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК принять время от момента поступления больного в медицинскую организацию до перевода в палату (блок) интенсивной терапии и реанимации ПСО/РСЦ не более 60 минут.

Больным, у которых по заключению КТ-исследования или МРТ-исследования установлены признаки геморрагического инсульта, проводится консультация нейрохирурга (в том числе, в форме телемедицинской консультации), в срок не позднее 60 минут с момента получения результатов

КТ-исследования, по итогам которой, принимается решение о тактике лечения, в том числе о переводе в Региональный сосудистый центр. Показания для оперативного лечения геморрагического инсульта выставляются в соответствии с приложением 3 к Регламенту.

Больной, госпитализированный в БИТР с геморрагическим инсультом, которому не были выставлены показания для оперативного лечения при поступлении, при нарастании общемозговой и (или) очаговой симптоматики подлежит повторному осмотру/консультации врача нейрохирурга с целью коррекции тактики ведения пациента.

Больным со злокачественным инфарктом (более 2/3 бассейна СМА, признаки дислокационного синдрома) в бассейне средней мозговой артерии в первые 24 часа от начала развития заболевания проводится консультация нейрохирурга (в том числе, в форме телемедицинской консультации) по итогам принимается решение о тактике лечения, переводе в Региональный сосудистый центр.

Длительность пребывания больного с ОНМК в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии определяется тяжестью состояния больного, но не может быть менее 24 часов, необходимых для определения патогенетического варианта ОНМК, тактики ведения и проведения мероприятий, направленных на предотвращение повторного развития ОНМК.

Больные, у которых диагноз ОНМК исключен (нет актуальной клинической картины, нет признаков ишемии или кровоизлияния по данным нейровизуализации и отсутствуют признаки острого тромбоза/окклюзии магистральных артерий головы и мозговых артерий), осматриваются по показаниям врачами-специалистами приемного отделения медицинской организации или профильных отделений.

В ночное время, в выходные и праздничные дни пациенты, доставленные в ПСО или РСЦ и у которых исключено ОНМК, по показаниям осматриваются дежурным врачом терапевтического или хирургического профиля в соответствии с профилем заболевания, после чего принимается решение о необходимости специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, необходимости и возможности перевода больных санитарным транспортом в другие медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, или направления больных на амбулаторное лечение при отсутствии показаний для оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.

Персонал блока интенсивной терапии и реанимации (далее – БИТР) или отделения анестезиологии и реанимации (далее - ОАР) осуществляет комплекс мероприятий, направленный на контроль и поддержание жизненно важных функций организма, предотвращение повторных эпизодов ОНМК, восстановление нарушенных вследствие ОНМК функций нервной системы, в котором так же участвует бригада специалистов: врач лечебной физкультуры, врач-физиотерапевт, логопед, инструктор по лечебной физкультуре, медицинский психолог, социальный работник (по клиническим показаниям привлекаются иные специалисты). Весь комплекс мероприятий выполняется в

соответствии с поэтапными алгоритмами оказания медицинской помощи (приложение 2 к Регламенту п. 2.2).

Ранняя медицинская реабилитация в БИТР начинается не позднее 24 часов от момента поступления больного с учетом тяжести состояния больного, неврологического и соматического статусов.

Мониторинг неврологического и соматического статусов в БИТР/ОАР выполняется не реже, чем 1 раз в 4 часа с обязательной фиксацией в медицинской карте стационарного больного.

Комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных вследствие ОНМК функций нервной системы, продолжает выполняться в неврологическом отделении для больных с ОНМК всей бригадой специалистов, включающей врача лечебной физкультуры, врача по медицинской реабилитации, врача-физиотерапевта, логопеда, инструктора по лечебной физкультуре, медицинского психолога, социального работника и, при наличии медицинских показаний, иных специалистов с первого дня оказания медицинской помощи.

В палатах ранней медицинской реабилитации осуществляется обход заведующего отделением, мультидисциплинарной бригады для принятия решения о выборе тактики дальнейшего лечения больного, оценки реабилитационного потенциала, выбора методов лечения в условиях круглосуточного стационара и дальнейших этапов реабилитации.

Ведение медицинской карты стационарного больного осуществляет лечащий врач невролог.

После окончания срока лечения в стационарных условиях дальнейшие тактика ведения и медицинская реабилитация больного с ОНМК определяются лечащим врачом неврологом.

При определении дальнейшего этапа оказания медицинской помощи выполняется оценка функциональных исходов по шкале мобильности Ривермид, Рэнкин, ШРМ в соответствии с поэтапными алгоритмами (приложение 5, п.3).

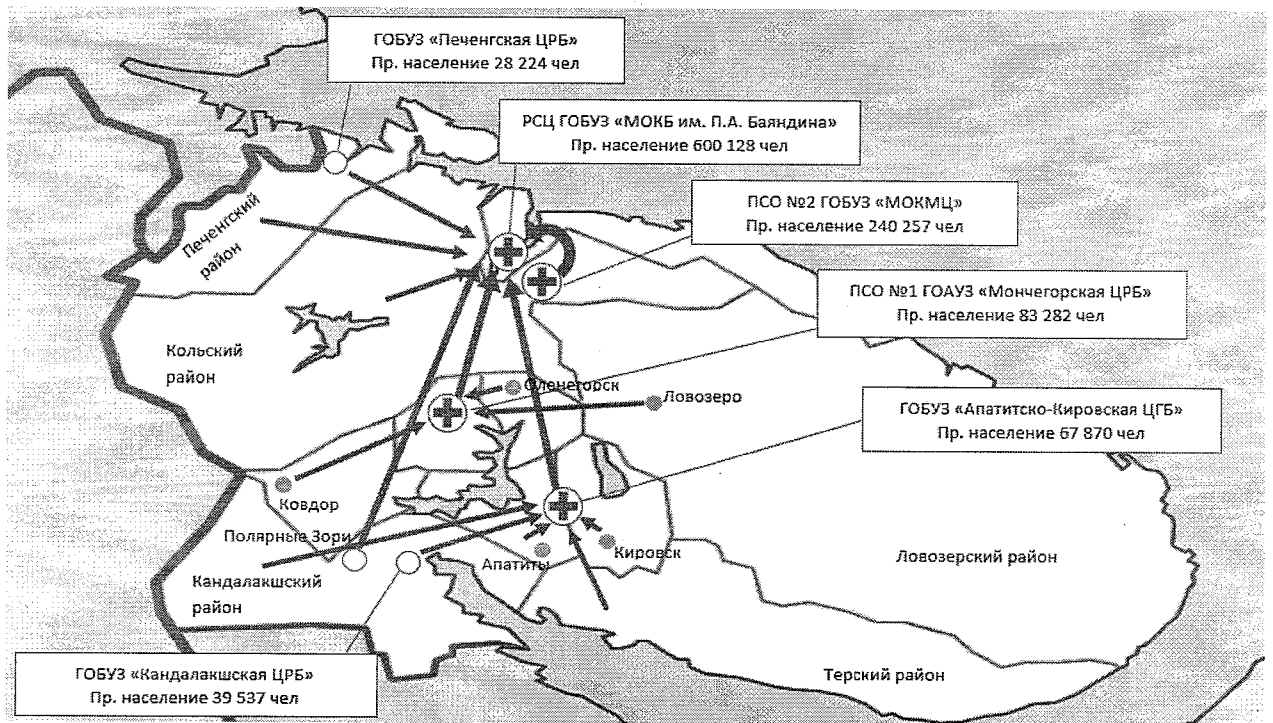
При выписке больного из отделения ОНМК и его направления на следующий этап лечения, в том числе на медицинскую реабилитацию, лечащим врачом неврологом оформляется выписной эпикриз с подробными данными о проведенном обследовании и лечении, о динамике заболевания (состояния) за время пребывания в стационаре, рекомендациями по дальнейшему лечению и реабилитации. Информирование пациента о праве на льготное лекарственное обеспечение в случае установленного диагноза ишемический или геморрагический инсульт.

Перечень медицинских организаций Мурманской области, в структуре которых организованы неврологические отделения ОНМК с палатами реанимации и интенсивной терапии для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (первичные сосудистые отделение) и региональный сосудистый центр

№ п/п	Медицинская организация	Подразделение для оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК	Численность населения (тыс. чел.)	Зона ответственности
1	<p>ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина».</p> <p>Ответственное лицо заместитель главного врача (руководитель РСЦ) Шведова Татьяна Евгеньевна тел. 88152285164 Заведующий неврологическим отделением ОНМК Тимофеев Артём Анатольевич тел. +7 911 311 10 70 Приемное отделение тел. 88152285350</p>	<p>Региональный сосудистый центр НО ОНМК 28 коек (из них 5 БИТР в структуре отделения) 2 компьютерных томографа 128 срезов 2 ангиографических установки в одном корпусе, 2 МРТ 1,5 ТЛ</p>	600128	<p>ЗАТО г. Североморск ЗАТО Видяево Кольский р-н Печенгский р-н ЗАТО Александровск ЗАТО г. Заозерск. Среднее время эвакуации 1,5ч.</p>
2	<p>ГОБУЗ «Мурманский областной клинический многопрофильный центр» - первичное сосудистое отделение</p> <p>Ответственное лицо заместитель главного врача Колосова Ольга Леонидовна тел. +79113310983 Зав. ПСО: Березин Дмитрий Геннадьевич Тел.+7 9113012301 Тел. 88152456343</p>	<p>первичное сосудистое отделение 58 коек ОНМК 12 коек БИТР/ОРИТ входит в структуру отделения МСКТ-аппарат - 1шт, 40-срезовый, ангиография выполняется. КТ-аппарат - 1шт, 16-срезовый 1</p>	240257	<p>г. Мурманск Среднее время эвакуации: 30 мин.</p>

		ангиографическая установка в одном корпусе		
3	<p>ГОАУЗ «Мончегорская ЦГБ» - первичное сосудистое отделение Ответственное лицо заместитель главного врача Сенник Евгений Анатольевич тел. +7911061321 Зав. ПСО: Плюта Виктория Борисовна +79581708795</p>	<p>первичное сосудистое отделение 25 коек ОНМК 5 коек БИТР/ОРИТ входит в структуру отделения</p> <p>МСКТ-аппарат - 1 шт, 32 - срезовой, ангиография выполняется.</p>	83282	<p>г. Мончегорск г. Оленегорск Ковдорский р-н Ловозерский р-н Среднее время эвакуации 1,5ч.</p>
4	<p>ГОБУЗ «Апатитско - Кировская ЦГБ» (г. Кировск) - первичное сосудистое отделение Ответственное лицо заместитель главного врача Зав. ПСО: Мельников Дмитрий Валерьевич 89212767385</p>	<p>первичное сосудистое отделение 18 коек ОНМК 4 койки БИТР/ОРИТ не входит в структуру отделения 1 аппарат МСКТ, 160 срезов, ангиография – выполняется</p>	67870	<p>г. Кировск г. Апатиты Кандалакшский р-н Терский р-н Среднее время эвакуации 1,5ч.</p>
5	<p>ФГБУЗ ЦМСЧ № 118 ФМБА России г. Полярный Зори Ответственное лицо заместитель главного врача Кулик Ирина Анатольевна тел. +79212801699 Зав. неврол. отд. Александрова Елена Анатольевна +79210457487</p>	<p>4 койки ОНМК в составе неврологического отделения на 20 коек и 4 койки БИТР/ОРИТ не входит в структуру отделения МСКТ 1 шт, 16 срезов. ангиография – выполняется</p>	16000	<p>г. Полярные Зори Среднее время эвакуации 20мин.</p>

Маршрутизация пациентов на территории Мурманской области



- с территории г. Мурманска – в ПСО № 2
- с территорий Кольского района, ЗАТО г. Североморск, ЗАТО Видяево, Кольский р-н, Печенгский р-н, ЗАТО Александровск, ЗАТО г. Заозерск – РСП
- с территорий г. Кировск, Апатиты, Кандалакшского р-на, Терского р-на – ПСО № 3
- с территорий гг. Мончегорск, Оленегорск, Ковдорского р-на и Ловозерского р-на – ПСО № 1
- Пациенты с геморрагическим инсультом при наличии показаний к оперативному лечению – в РСП

Приложение 2
к Регламенту

**Перечень медицинских организаций (всех форм собственности),
оказывающих в рамках Территориальной программы государственных
гарантий скорую, в том числе скорую специализированную,
медицинскую помощь при остром нарушении мозгового
кровообращения**

п/п	Наименование МО	Уникальный номер ГИС ОМС	Код МО в едином реестре ОМС (F003)
1	ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница имени П.А. Баяндина»	51202311500	510041
2	ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть №120 Федерального медико-биологического агентства»	51202312300	510038
3	ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 118 Федерального медико-биологического агентства»	51202310900	510037
4	ГОБУЗ «Мурманская областная станция скорой медицинской помощи»	51202304600	510419

Перечень медицинских организаций (всех форм собственности), оказывающих в рамках Территориальной программы государственных гарантий специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, при остром нарушении мозгового кровообращения

Профиль медицинской помощи		нейрохирургия	неврология	
п/п	Профиль коек Наименование медицинской организации	нейро-хирургические	неврологические	неврологические для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения
1	ГБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина»	*	*	*
2	ГБУЗ «Кольская центральная районная больница»		*	
3	ГБУЗ «Мурманский областной клинический многопрофильный центр»		*	*
4	ГБУЗ «Кандалакшская центральная районная больница»		*	
5	ГБУЗ «Мурманская областная детская клиническая больница»		*	
6	ГОАУЗ «Мончегорская центральная районная больница»		*	*

7	ГБУЗ «Апатитско-Кировская центральная городская больница»		*	*
8	ГБУЗ «Оленегорская центральная городская больница»		*	
9	ГБУЗ «Печенгская центральная районная больница»		*	
10	ГБУЗ «Ловозерская центральная районная больница»		*	
11	ГБУЗ «Центральная районная больница ЗАТО г. Североморск»		*	
12	ФГБУЗ «Мурманский многопрофильный центр имени Н.И. Пирогова Федерального медико-биологического агентства»		*	

«Чек-лист»

заполняемый врачебно-фельдшерской бригадой скорой медицинской помощи, эвакуирующей больного с ОНМК

ФИО пациента _____ Дата рождения _____

Данные анамнеза настоящего заболевания:			
1.	Известно ли время начала заболевания?	ДА	НЕТ
1.1.	Укажите время начала заболевания (чч/мм)		
2.	Инсульт развился во время ночного сна? (Симптомы зафиксированы сразу после ночного сна?)	ДА	НЕТ
3.	Симптомы возникли более 6 часов назад?	ДА	НЕТ
3.1.	Укажите, какие симптомы имеют место: головная боль, головокружение, слабость в руке или ноге, нарушение речи (нужное подчеркнуть).		
Данные анамнеза жизни (Если отмечен хоть один ответ «Да», то проведение тромболитической или эндоваскулярной реперфузионной терапии больному противопоказано):			
4.	Переносил ли пациент геморрагический инсульт?	ДА	НЕТ
5.	Была ли травма головы в последние 3 месяца?	ДА	НЕТ
6.	Переносил ли пациент операции на головном и спинном мозге?	ДА	НЕТ
7.	Устанавливался ли ранее диагноз опухоли мозга, аневризмы, АВМ?	ДА	НЕТ
8.	Находился ли пациент на лечении по поводу заболеваний системы крови?	ДА	НЕТ
9.	Уровень сознания менее 12 баллов по шкале комы Глазго?	ДА	НЕТ

Оценка по шкале LAMS: _____ баллов

Лист _____ заполнил: _____ врач/фельдшер (нужное подчеркнуть)
_____ (ФИО)

Дата _____ Время _____ Подпись _____

Контрольный лист передается с больным в стационар для внесения в медицинскую карту стационарного больного.

Шкала

Догоспитальной оценки тяжести инсульта для выездных бригад скорой медицинской помощи (LAMS)

С целью оценки тяжести инсульта сотрудникам выездных бригад скорой медицинской помощи необходимо выполнить следующие действия:

1) 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).

0 - нет асимметрии или минимальная асимметрия лица;

1 - частичный или полный паралич мимической мускулатуры в нижней трети лица с одной стороны или полное отсутствие движений мимической мускулатуры в верхних и нижних отделах лица с одной стороны.

2) Удержание рук:

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.

0 - руки удерживаются под углом 90 или 45 градусов без малейшего опускания;

1 - одна рука медленно опускается, но производит некоторое сопротивление силе тяжести;

2 - рука быстро падает без сопротивления силе тяжести.

3) Сжать кисти в кулак:

Попросить пациента плотно сжать указательный и средний пальцы в кулаке. Оценить силу сжатия с 2-х сторон.

0 - сжимает симметрично, сила не снижена;

1 - с одной стороны сжимает слабее;

2 - не сжимает, движения в кисти отсутствуют или имеют место минимальные движения.

Общий балл:

1. - отсутствие инсульта

2. - низкая вероятность инсульта

3. - высокая вероятность инсульта

4. и более - достоверные признаки инсульта.

При угнетении уровня сознания до сопора или комы, балл по шкале LAMS не определяется. Вместо этого указывается степень угнетения сознания (сопор или кома).

Поэтапные алгоритмы оказания медицинской помощи
больным с подозрением на ОНМК

<u>Этап 1, догоспитальный</u>	
1.1. <u>Первый контакт медицинского работника с больным ОНМК</u> (врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), фельдшер ФАП, врач (фельдшер) скорой медицинской помощи (далее – СМП))	
Клинические проявления	Мероприятия
Острая очаговая и (или) общемозговая симптоматики: нарушение сознания, речи, глотания, функции конечностей по типу парезов или параличей, нарушение чувствительности по геми-типу, выпадение полей зрения, асимметрия мимических мышц, менингеальные симптомы.	1. Сбор жалоб (<u>уточнение времени появления симптомов</u>), анамнеза заболевания (факторы риска: сахарный диабет, артериальная гипертензия, перенесенные ОНМК в анамнезе, перенесенные оперативные вмешательства на сосудах шеи и сердца и др.), самостоятельная медикаментозная терапия (<u>предшествовавшая и с момента появления жалоб</u>)
	2. Осмотр больного с оценкой общего состояния: измерение артериального давления (далее - АД), частоты сердечных сокращений (далее - ЧСС), температуры тела, частоты дыхательных движений (далее - ЧДД), оценка неврологического дефицита. 2.1. Дополнительно для бригады СМП – запись электрокардиограммы; определение глюкозы крови; пульсоксиметрия; постановка периферического венозного катетера 14-18G; заполнение чек-листа (приложение 4)
	3. Вызов бригады СМП (для врача-терапевта участкового, фельдшера ФАП)
	4. Приступить к оказанию медицинской помощи: 4.1. Коррекция дыхательных нарушений – оксигенотерапия обязательна. 4.2. При снижении уровня сознания до сопора и ниже, при риске аспирации, брадикардии (ЧДД менее 12/мин) или тахикардии (ЧДД выше 30/мин), показана интубация трахеи, также возможна установка воздуховод. Транспортировка интубированных больных только на аппарате искусственной вентиляции легких (далее – ИВЛ), на фоне медицинской седации короткодействующими гипнотиками. <u>Недопустима</u> транспортировка на спонтанном дыхании через эндотрахеальную трубку. 4.3. Коррекция АД проводится при цифрах: - более 220/110 мм рт. ст. при подозрении на ишемический или недифференцированный инсульт, - более 170/100 мм рт. ст. при подозрении на геморрагический инсульт. Целевой уровень снижения АД составляет не более 15%.

	<p>Препараты выбора: каптоприл, раствор магния сульфата Избегать применения препаратов, резко снижающих давление (нифедипин).</p> <p>4.4. Коррекция водно-электролитного обмена – использовать раствор хлорида натрия 0,9 %, а также гидроксиэтилкрахмал 6 %.</p> <p>4.5. Борьба с отеком головного мозга и повышением внутричерепного давления - транспортировка больного с приподнятым до 30° головным концом (без сгибания шеи!).</p> <p>4.6. Купирование судорожного синдрома – использовать диазепам 10 мг в/в медленно, при неэффективности повторно 10 мг в/через 3–4 минуты. Недопустимо введения лазикса, гипоосмолярных растворов.</p> <p>4.7 Коррекция нарушения уровня гликемии: - гипогликемия (ниже 2,7 ммоль/л) – срочная коррекция раствором глюкозы 40% - 20 – 40мл, с последующим контролем гликемии через 10 минут, при гликемии ниже 5,5 ммоль/л, повторное введение раствора глюкозы 40% 20 – 40 мл. (максимально до 100мл) - гипергликемия – не корригируется.</p>
<p>1.2. <u>Транспортировка больного ОНМК (врач (фельдшер) СМП) в соответствии со схемой маршрутизации.</u></p>	
<p>Оснащение машины СМП (минимальные требования): комплект аппаратуры для проведения базовой сердечно-легочной реанимации, пульсоксиметр портативный, электрокардиограф трехканальный, набор для катетеризации периферических вен и проведения инфузионной терапии, аспиратор (механический или электроотсасыватель), редуктор-ингалятор кислородный, с не менее чем 1 баллоном газовым кислородным (объемом не менее 1л), экспресс-измеритель концентрации глюкозы в крови портативный с набором тест-полосок.</p>	
<p>1.2.1. Во время транспортировки</p>	<p>1. Врач (фельдшер) СМП: 1.1 перед началом транспортировки должен информировать по телефону медицинскую организацию (приемное отделение) согласно схеме маршрутизации больного, с ОНМК. Схема доклада о больном с подозрением на ОНМК: - фамилия, имя, отчество, возраст больного - место случая, включая название населенного пункта - время начала заболевания (если время неизвестно, то время, когда больной был здоров или его, видели здоровым) - ориентировочное время прибытия в ПСО - необходимость встречи пациента врачом - анестезиологом - реаниматологом.</p> <p>1.2. Во время транспортировки производит мониторинг показателей гемодинамики, продолжает начатую терапию и проведение симптоматической терапии.</p>
<p>1.2.2. В приемном отделении медицинской организации</p>	<p>1.3 Передать пациента дежурному врач - неврологу, при его отсутствии дежурному врачу - терапевту вместе с оформленным «чек-листом».</p>

	<p>2. Бригада СМП: 2.1 ожидает результатов КТ- исследования. Ориентировочное время ожидания – до 40 минут. В случае не подтверждения диагноза ОНМК и отсутствия показаний для оказания экстренной медицинской помощи, бригада СМП обеспечивает транспортировку в стационар по территориальному признаку в зависимости выставленного диагноза.</p>
<u>Этап 2. госпитальный</u>	
2.1. Приемное отделение	Мероприятия
2.1.1 До поступления больного (после сообщения бригады СМП о транспортировке пациента)	<p>1. Дежурная медицинская сестра приемного отделения: 1.1 информируют о транспортировке больного с ОНМК: дежурного врача-невролога (терапевта), дежурного лаборанта, дежурного врача-рентгенолога и при необходимости дежурного врача-анестезиолога-реаниматолога.</p> <p>1.2. Подготавливает процедурный кабинет к забору анализов.</p>
2.1.2. Во время нахождения в стационаре (20 мин.)	<p>2. Дежурный врач - невролог (терапевт) - при получении сообщения от дежурной медсестры приемного отделения: 2.1. Безотлагательно прибывает в приемное отделение и ожидает пациента 2.2. По прибытии пациента проводит экстренный осмотр пациента (оценка состояния жизненно-важных функций организма больного, общего состояния больного, неврологического статуса), оценка возможности и необходимости выполнения тромболитической терапии (приложение 6), внутрисосудистой реканализации (приложение 7), наличие показаний/противопоказаний к КТ головного мозга, КТ-ангиографии сосудов шеи и головы, ПКТ головного мозга. 2.3. Контролирует забор крови (глюкоза крови, АЧТВ, МНО, тромбоциты) 2.4. Сопровождает пациента в кабинет КТ 2.4.1. В случае выхода из строя аппарата КТ: - М-ЭХО оценка состояния срединных структур головного мозга - консультация окулиста (оценка глазного дна) - люмбальная пункция (при отсутствии противопоказаний) 3. Дежурный врач – рентгенолог (рентген-лаборант) 3.1 подготавливает аппарат КТ к выполнению исследования (проведение МСКТ головного мозга, и по показаниям МСКТ-ангиографии БЦА, ПКТ головного мозга); 3.2 интерпретация полученных результатов, осуществляется в течении 20 минут.</p>

<p>2.1.3. Во время нахождения в стационаре (40 мин.)</p>	<p>4. Дежурный врач-невролог (терапевт) после осмотра и проведения КТ головы:</p> <p>4.1. При исключении диагноза ОНМК – оформляет амбулаторный осмотр и передает пациента дежурному терапевту/хирургу или бригаде СМП.</p> <p>4.2. При выявлении ишемического инсульта:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценивает результаты лабораторных тестов (Контрольное время готовности лабораторных тестов – 20 минут с момента их забора); - принимает окончательное решение о проведении системной тромболитической терапии и/или внутрисосудистой реканализации, заполняет соответствующие протоколы; - зачисляет больного за неврологическим для больных с ОНМК (неврологическим, терапевтическим отделением).
<p>2.1.4. Во время нахождения в стационаре (60 мин.)</p>	<p>4.3. Дежурный врач-невролог (терапевт) при выявлении внутримозгового и/или субарахноидального кровоизлияния:</p> <ul style="list-style-type: none"> - обеспечивает экстренную консультацию врача-нейрохирурга: <ul style="list-style-type: none"> -- посредством телемедицины; -- посредством телефонной связи (при отсутствии телемедицины); -- очная консультация (при наличии врача-нейрохирурга в медицинской организации); -- при необходимости вызов бригады врачей – нейрохирургов «на себя». - при наличии показаний к оперативному лечению (по заключению врача-нейрохирурга) обеспечивает перевод в региональный сосудистый центр (нейрохирургическое отделение МОКБ). <p>Контрольное время консультации врача-нейрохирурга не более 60 минут от момента установления диагноза.</p> <p>4.4 Обеспечивает транспортировку больного с ОНМК в ОАР или БИТР соответствующего отделения.</p>
<p>2.2 Клиническое отделение</p>	<p>Мероприятия</p>
<p>2.2.1. В первые три часа с момента поступления в стационар.</p>	<p>1. В блоке интенсивной терапии и реанимации (БИТР или ОАР) проводятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 оценка неврологического статуса с использованием оценочных шкал NIHSS, Рэнкин, Ривермид, Шкала ком Глазго; 1.2 оценка соматического статуса 1.3 стандартизированное скрининговое тестирование функций глотания 1.4 оценка нутритивного статуса; 1.5 лабораторные исследования крови (ОАМ, креатинин, мочевины, трансаминазы, белок и фракции, билирубин,

	<p>КЩС, глюкоза, маркеры гепатитов, коагулограмма, группа крови и Rh) и мочи;</p> <p>1.6 дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных сосудов и транскраниальное дуплексное сканирование;</p> <p>1.7 определение тактики ведения и назначение необходимых мероприятий, направленных на предотвращение повторного развития ОНМК</p> <p>1.8. лечебные мероприятия в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи больным с ОНМК и протоколами ведения и лечения пациентов с ОНМК.</p>
<p>2.2.2. В первые сутки с момента поступления в стационар.</p>	<p>2. В течение всего срока пребывания в ОАР (БИТР)</p> <p>2.1 осуществляется мониторинг неврологического и соматического статуса врачами – реаниматологом и врачом-неврологом, с обязательными записями в медицинской карте стационарного больного.</p> <p>2.2. с первых суток проводится комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных вследствие ОНМК функций нервной системы, в котором участвует бригада специалистов: врач лечебной физкультуры, врач-физиотерапевт, логопед, инструктор по лечебной физкультуре, медицинский психолог, социальный работник (по клиническим показаниям привлекаются иные специалисты);</p> <p>2.3 длительность пребывания больного с ОНМК (в том числе с транзиторной ишемической атакой, транзиторной глобальной амнезией) в ОАР/БИТР определяется тяжестью состояния больного, но не менее 24 часов.</p> <p>2.4 Больным с сочетанием всех следующих критериев</p> <ul style="list-style-type: none"> - ишемический инсульт, острейший период (0-4,5ч) - возраст старше 18 лет - с уровнем сознания по ШКГ15 - госпитализация в стационар в срок до 4,5 часов от момента развития симптоматики - готовность: анализ крови (АЧТВ, МНО, Тромбоциты, глюкоза), МСКТ головного мозга (в ЦАМИ) <p>выполняется <i>экстренная</i> телемедицинская консультация врача невролога неврологическим отделением для больных с ОНМК регионального сосудистого центра с целью определения дальнейшей тактики ведения.</p>
<p>2.2.3. На 2-3 сутки с момента поступления в стационар.</p>	<p>3. Больным с сочетанием всех следующих критериев:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ишемический инсульт или транзиторная ишемическая атака (до 28 суток от развития симптоматики) - возраст старше 18 лет - оценка по модифицированной шкале Рэнкина до развития ОНМК – 0-1 баллов.

	<p>- с уровнем сознания по ШКГ15.</p> <p>- наличие ипсилатерального атеросклеротического стеноза экстракраниальных отделов внутренней сонной артерии $\geq 60\%$, оцененного с помощью дуплексного сканирования.</p> <p>выполняется телемедицинская консультация заведующего (лица исполняющего его обязанности) или врача невролога неврологическим отделением для больных с ОНМК регионального сосудистого центра с целью определения дальнейшей тактики ведения.</p> <p>4. Имобилизированным пациентам (оценка по Рэнкин 4 и более баллов, оценка Ривермид 2 и менее баллов, Шкала реабилитационной маршрутизации 5-6 баллов) имеющим высокий риск тромбоэмболии:</p> <ul style="list-style-type: none"> - максимально ранняя активизация больного, включая методы пассивной нагрузки (вертикализация, механотерапия) - ношение компрессионного трикотажа (чулки) или эластичное бинтование нижних конечностей, перемежающаяся пневмокомпрессия - дуплексное исследование сосудов нижних конечностей - антикоагулянтная терапия (предпочтительно не прямые оральные антикоагулянты или низкомолекулярные гепарины) в эффективной дозе при отсутствии противопоказаний
<p>2.2.4 окончание стационарного лечения</p>	<p>6. Оценка контрольных показателей качества оказания медицинской помощи больным с ОНМК.</p> <p>6.1 Составление индивидуальной программы вторичной профилактики ОНМК.</p>
<p>Этап 3. Реабилитация</p>	
<p>По окончании срока стационарного лечения маршрутизация пациентов с ОНМК на дальнейший этап лечения осуществляется в зависимости от состояния и прогноза на дальнейшую реабилитацию на основании заключения специалистов мультидисциплинарной бригады (при отсутствии - врачебной комиссии медицинской организации), по решению консилиума специалистов медицинской организации (с обязательной фиксацией в медицинской карте стационарного больного) в соответствии с правилами направления пациентов для проведения лечения в условиях круглосуточного стационара в медицинские организации Мурманской области, утвержденные нормативным документом Министерства здравоохранения Мурманской области.</p> <p>При определении последующего этапа лечения обязательна оценка по шкалам: модифицированная шкала Рэнкин, индекс мобильности Ривермид, Шкала медицинской реабилитации.</p> <p>После окончания стационарного этапа лечения лечащий врач определяет показания для следующего этапа: 2 этап реабилитации, 3 этап реабилитации, амбулаторное лечение, паллиативная помощь, сестринский уход. При наличии показаний ко 2 этапу лечения, паллиативной помощи, сестринскому уходу перевод пациента осуществляется в течение 3х рабочих дней с проведением врачебной комиссии.</p>	
<p>3.1 Состояние больного</p>	<p>Место реабилитации</p>

3.1.1. Пациент после ОНМК с оценкой по шкале реабилитационной маршрутизации 0 - 1 балл	Пациент не нуждается в медицинской реабилитации
3.1.2. Пациент после ОНМК с оценкой по шкале реабилитационной маршрутизации 2 балла	Медицинская реабилитация в условиях дневного стационара, амбулаторных условиях в том числе, с применением телемедицинских технологий.
3.1.3. Пациент после ОНМК с оценкой по шкале реабилитационной маршрутизации 3 балла	Медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента, а при наличии противопоказаний – амбулаторно, в том числе, с применением телемедицинских технологий;
3.1.4. Пациент после ОНМК с оценкой по шкале реабилитационной маршрутизации 4-6 балла	Медицинская реабилитация осуществляется в стационарных условиях, а также в рамках выездной реабилитации в домашних условиях и консультаций в телемедицинском режиме.
3.1.5. пациент после ОНМК с оценкой по шкале мобильности Ривермид 0 - 1 балла, по шкале реабилитационной маршрутизации 5-6 балла и отсутствием реабилитационного потенциала	Направляются: - для организации ухода на дому под наблюдение медицинского работника поликлиники по месту жительства; - в отделение/койки сестринского ухода стационара по месту жительства больного транспортом принимающей медицинской организации в сопровождении фельдшера или родственников пациента (по желанию родственников), в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по профилю «паллиативная медицинская помощь». - специализированные учреждения социальной защиты населения по направлению медицинской организации по месту жительства.
Этап 4. Диспансерное наблюдение	
<p>4. Администрация медицинской организации, в которой проходил стационарное лечение пациент с ОНМК, обеспечивает передачу информации в МИАЦ в соответствии с Приказом Министерства от 30.04.2020 № 228 «О порядке направления информации о пациентах, перенесших инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, а также пациентах, которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний».</p> <p>При направлении пациента со стационарного этапа на последующий этап администрация медицинской организации обеспечивает передачу медицинских документов с целью преемственности.</p>	
4.1. Врач амбулаторного звена, фельдшер, наделенный функциями лечащего врача.	Не позднее первых суток после получения выписки из медицинской карты стационарного больного или информации из других источников о выписке пациента после перенесенного ОНМК, лечащий врач активно посещает пациента на дому или приглашает пациента на диспансерный приём в поликлинику (зависит от

	<p>мобильности пациента):</p> <ul style="list-style-type: none"> - определяет дальнейшую тактику ведения и реабилитационную программу; - проводит коррекцию терапии (при необходимости) - по прошествии 6 месяцев(после острого периода) ОНМК со стабильным течением осуществляет пожизненное наблюдение пациента с кратностью 1-2 раза в 6 мес.
4.2 Врач-невролог амбулаторного звена	<p>В течении первых 6 месяцев после выписки из стационара осматривает пациент 2-3 раза (по показаниям – дополнительно), затем в течении 2 лет болезни с кратностью 1раз в 6 месяцев, в последующем – осмотры по назначению лечащего врача.</p>

**ПРОТОКОЛ ПРОЦЕДУРЫ ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ
ИНСУЛЬТЕ ПРЕПАРАТОМ АКТИЛИЗЕ**

Ф.И.О.																				
Дата и время поступления			Дата			2			0			2			Время			:		
1. АНАЛИЗЫ КРОВИ: Тр _____ $\times 10^9$, глюкоза _____ ммоль/л, АЧТВ _____ сек, МНО _____																				
2. КТ г/м время _____ час. _____ мин. ASPECTS = _____																				
3. Установка кубитального периферического венозного катетера																				
4. Осмотр невролога и оценка по шкале NIHSS																				
5. Вес больного (анамнез)																				
6. Измерение АД на обеих руках справа:						мм.рт.ст.			слева:			мм.рт.ст.								

Критерии включения/исключения

(любой из ответов «да» означает исключение пациента из процедуры тромболизиса)

1.	Возраст - моложе 16 лет (после 80 лет оценить риск/польза)	
2.	Время более 4,5 часов от начала заболевания до начала ТЛТ или отсутствие точных сведений о времени начала заболевания (инсульт во сне)	
3.	Наличие признаков внутримозгового кровоизлияния при КТ исследовании	
4.	Подозрение на САК по клиническим признакам, даже если нет данных за него при КТ/МРТ	
5.	Признаки тяжелого инсульта: клинические (балл по шкале NIH >25), нейровизуализационные (КТ г/м и/или МРТ г/м в режиме ДВИ очаг ишемии более 1/3 бассейна СМА)	
6.	Малый неврологический дефицит (т.е. неинвалидирующая симптоматика), при отсутствии данных за окклюзию или субокклюзию ВСА, СМА. (анамнез/проверка по базе МОКБ)	
7.	Быстрое улучшение состояния (т.е. регресс симптоматики до неинвалидирующей) перед началом ТЛТ, при отсутствии данных за окклюзию или субокклюзию ВСА, СМА.	
8.	Судорожный припадок в дебюте инсульта (если есть основания полагать, что очаговая симптоматика представлена парезом Годда)	
9.	Геморрагический инсульт или инсульт неуточненного характера в анамнезе.	
10.	Состояние после оперативного вмешательства на головном и спинном мозге любой давности	
11.	Заболевания ЦНС: новообразования, артериальная аневризма (наличие небольших (до 15мм) бессимптомных аневризм – с осторожностью), дефекты развития артерий и вен	
12.	Перенесенный инсульт или тяжелая травма головы в течении последних 3 месяцев	
13.	Кровотечение или острая травма (перелом) в настоящее время или обширное кровотечение в течение предыдущих 6 месяцев	
14.	- Обширное хирургическое вмешательство, травма в течении <u>последних 14 дней</u> - СЛР и роды в течении <u>последних 10 дней</u> - Пункция несжимаемых сосудов (например, подключичная и яремная вена) в течении <u>последних 7 дней</u>	
15.	Документально подтвержденная язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в течение последних 3 мес, эрозии пищевода	
16.	Систолическое АД выше 185 мм рт. ст., или диастолическое АД выше 105 мм рт. ст., при снижении АД во временных рамках терапевтического окна проведение тромболитической терапии возможно	
17.	Применение гепарина в предшествующие 48 часов, если в данный момент времени повышено АЧТВ в 1,5 -2 раза и более	
18.	Прием пероральных антикоагулянтов: • Варфарин - допускается ТЛТ при МНО <1.3; • Последний прием НОАК (ривароксабан, дабигатран, апиксабан) более 48 часов и клиренс креатинина >80 мл/мин по Кокрофту-Голту - допускается ТЛТ • Последний прием НОАК (ривароксабан, апиксабан) 12-48 часов (или неизвестно) и/или клиренс креатинина <80 мл/мин по Кокрофту-Голту - ТЛТ не проводится • Последний прием НОАК (дабигатран) 12-48 часов (или неизвестно) и/или клиренс креатинина <80 мл/мин по Кокрофту-Голту, нахождение значений ТВ внутри референсного диапазона лаборатории - допускается ТЛТ • Последний прием НОАК (дабигатран) 12-48 часов (или неизвестно) и/или клиренс креатинина <80 мл/мин по Кокрофту-Голту, нахождение значений ТВ за пределами референсного диапазона лаборатории - допускается ТЛТ после введения Идаруцизумаба	
19.	Количество тромбоцитов менее 100 000/мкл	
20.	Уровень глюкозы в крови менее 2,77 ммоль/л или более 22,2 ммоль/л	
21.	Острый панкреатит, тяжелые заболевания печени, включая печеночную недостаточность, цирроз печени, портальную гипертензию (с варикозным расширением вен пищевода), активный гепатит	

22.	Новообразования с высоким риском кровотечения	
23.	Бактериальный эндокардит, перикардит, недавний инфаркт миокарда, гемаррагический диатез/ васкулит	
24.	Гиперчувствительность к любому компоненту препарата (гентамицин)	
25.	Беременность	

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: процедура тромболизиса показана / не показана

Перед процедурой тромболизиса убедиться в совпадении терапевтического окна ⇒

Дата и время инсульта	Дата	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 0 2	Время	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
Начало инфузии	Дата	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 0 2	Время	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
Конец инфузии	Дата	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 0 2	Время	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>

При остром ишемическом инсульте рекомендуемая доза **актилизе** составляет 900 мкг/кг (**МАКСИМАЛЬНО 90 МГ!**), в виде в/в инфузии в течение 60 мин после первоначального в/в струйного введения дозы препарата, составляющей 10% от величины суммарной дозы.

В случае если вес больного превышает 55 кг, потребуется 2 флакона препарата. Каждый флакон с 50 мг препарата разводится 50 мл воды для инъекций (1мл = 1мг!!!). Первоначально следует в/в болюсно ввести рассчитанную 10%-дозу альтеплазы (рекомендуется развести на 20мл 0,9% раствора натрия хлорида). Затем в/в ввести 90%-дозу, рекомендуется с использованием инфузомата.

Расчёт суммарной дозы

$$\boxed{900 \text{ мкг}} \times \boxed{} \text{ кг} = \boxed{} \text{ мкг} : \boxed{1000} = \boxed{} \text{ мл}$$

вес больного кг суммарная доза мкг суммарная доза мл

Расчёт 10%-дозы для первоначального болюсного введения

$$\frac{\boxed{} \text{ суммарная доза мл}}{100\%} \times 10\% = \boxed{} \text{ мл}$$

10% доза

Расчёт 90%-дозы для последующего 60 минутного введения

$$\boxed{} \text{ суммарная доза мл} - \boxed{} \text{ 10\% доза мл} = \boxed{} \text{ 90\% доза мл}$$

NIH Stroke Scale		0	15	30	45	1ч	3ч	24ч
1а. Уровень сознания	0,1,2,3							
1в. Ответы на вопросы	0,1,2							
1с. Выполнение команд	0,1,2							
2. Глазодвигательные реакции	0,1,2							
3. Зрение	0,1,2,3							
4. Парез лицевой мускулатуры	0,1,2,3							
5. Движения руками	- левая рука	0,1,2,3,4,9						
	- правая рука							
6. Движения ногами	- левая нога	0,1,2,3,4,9						
	- правая нога							
7. Атаксия в конечностях	0,1,2,9							
8. Чувствительность	0,1,2							
9. Речевая функция	0,1,2,3							
10. Дизартрия	0,1,2,9							
11. Угасание и отсутствие внимания (ранее игнориров-е)	0,1,2							
Сумма баллов								
Оценка по ШКГ								

Время «от двери до иглы» _____ мин.

Оценка по модифицированной шкале Рэнкин _____

Врач-невролог (подпись) _____ (ФИО) _____

ПРОТОКОЛ ПРОЦЕДУРЫ ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ПРЕПАРАТОМ ФОРТЕЛИЗИН

Ф.И.О										
Дата и время поступления		Дата			2 0 2			Время		
1. АНАЛИЗЫ КРОВИ: Тр _____ x10 ⁹ , глюкоза _____ ммоль/л, АЧТВ _____ сек, МНО _____										
2. КТ г/м время _____ час. _____ мин. ASPECTS = _____										
3. Установка кубитального периферического венозного катетера										
4. Осмотр невролога и оценка по шкале NIHSS										
5. Измерение АД на обеих руках справа:					мм.рт.ст.		слева:			
							мм.рт.ст.			

Критерии включения/исключения

(любой из ответов «да» означает исключение пациента из процедуры тромболизиса)

26.	Возраст - моложе 16 лет (после 80 лет оценить риск/польза)	
27.	Время более 4,5 часов от начала заболевания до начала ТЛТ или отсутствие точных сведений о времени начала заболевания (инсульт во сне)	
28.	Наличие признаков внутричерепного кровоизлияния при КТ исследовании	
29.	Подозрение на САК по клиническим признакам, даже если нет данных за него при КТ/МРТ	
30.	Признаки тяжелого инсульта: клинические (балл по шкале NIH >25), нейровизуализационные (КТ г/м и/или МРТ г/м в режиме ДВИ очаг ишемии более 1/3 бассейна СМА)	
31.	Малый неврологический дефицит (т.е. неинвалидизирующая симптоматика), при отсутствии данных за окклюзию или субокклюзию ВСА, СМА. (анамнез/проверка по базе МОКБ)	
32.	Быстрое улучшение состояния (т.е. регресс симптоматики до неинвалидизирующей) перед началом ТЛТ, при отсутствии данных за окклюзию или субокклюзию ВСА, СМА.	
33.	Судорожный припадок в дебюте инсульта (если есть основания полагать, что очаговая симптоматика представлена парезом Годда)	
34.	Геморрагический инсульт или инсульт неуточненного характера в анамнезе.	
35.	Состояние после оперативного вмешательства на головном и спинном мозге любой давности	
36.	Заболевания ЦНС: новообразования, артериальная аневризма (наличие небольших (до 15мм) бессимптомных аневризм – с осторожностью), дефекты развития артерий и вен	
37.	Перенесенный инсульт или тяжелая травма головы в течении последних 3 месяцев	
38.	Кровотечение или острая травма (перелом) в настоящее время или обширное кровотечение в течение предыдущих 6 месяцев	
39.	- Обширное хирургическое вмешательство, травма в течении <u>последних 14 дней</u> - СЛР и роды в течении <u>последних 10 дней</u> - Пункция несжимаемых сосудов (например, подключичная и яремная вена) в течении <u>последних 7 дней</u>	
40.	Документально подтвержденная язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в течение последних 3мес, эрозии пищевода	
41.	Систолическое АД выше 185 мм рт. ст., или диастолическое АД выше 105 мм рт. ст., при снижении АД во временных рамках терапевтического окна проведение тромболитической терапии возможно	
42.	Применение гепарина в предшествующие 48 часов, если в данный момент времени повышено АЧТВ в 1,5 -2 раза и более	
43.	Прием пероральных антикоагулянтов: • Варфарин - допускается ТЛТ при МНО <1.3; • Последний прием НОАК (ривароксабан, дабигатран, аписабан) более 48 часов и клиренс креатинина >80 мл/мин по Кокрофту-Голту - допускается ТЛТ • Последний прием НОАК (ривароксабан, аписабан) 12-48 часов (или неизвестно) и/или клиренс креатинина <80 мл/мин по Кокрофту-Голту - ТЛТ не проводится • Последний прием НОАК (дабигатран) 12-48 часов (или неизвестно) и/или клиренс креатинина <80 мл/мин по Кокрофту-Голту, нахождение значений ТВ внутри референсного диапазона лаборатории - допускается ТЛТ • Последний прием НОАК (дабигатран) 12-48 часов (или неизвестно) и/или клиренс креатинина <80 мл/мин	

	по Кокрофту-Голту, нахождение значений ТВ за пределами референсного диапазона лаборатории - допускается ТЛТ после введения Идаруцизумаба	
44.	Количество тромбоцитов менее 100 000/мкл	
45.	Уровень глюкозы в крови менее 2,77 ммоль/л или более 22,2 ммоль/л	
46.	Острый панкреатит, тяжелые заболевания печени, включая печеночную недостаточность, цирроз печени, портальную гипертензию (с варикозным расширением вен пищевода), активный гепатит	
47.	Новообразования с высоким риском кровотечения	
48.	Бактериальный эндокардит, перикардит, недавний инфаркт миокарда, гемаррагический диатез/васкулит	
49.	Гиперчувствительность к любому компоненту препарата (гентамицин)	
50.	Беременность	

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: процедура тромболизиса показана / не показана

Перед процедурой тромболизиса убедиться в совпадении терапевтического окна ⇒

Дата и время инсульта	Дата	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> 2 0 2	Время	<input type="text"/> : <input type="text"/>
Начало инфузии	Дата	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> 2 0 2	Время	<input type="text"/> : <input type="text"/>
Конец инфузии	Дата	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> 2 0 2	Время	<input type="text"/> : <input type="text"/>

- При остром ишемическом инсульте рекомендуемая доза **ФОРТЕЛИЗИНА** составляет 10 мг, в виде в/в однократной болюсной (5-10 сек.) инфузии.
- Каждый флакон с 5 мг препарата разводится 5 мл 0,9% раствора хлорида натрия.

NIH Stroke Scale		0	15	30	45	1ч	3ч	24ч
1а. Уровень сознания	0,1,2,3							
1в. Ответы на вопросы	0,1,2							
1с. Выполнение команд	0,1,2							
2. Глазодвигательные реакции	0,1,2							
3. Зрение	0,1,2,3							
4. Парез лицевой мускулатуры	0,1,2,3							
5. Движения руками	- левая рука - правая рука	0,1,2,3,4,9						
6. Движения ногами	- левая нога - правая нога	0,1,2,3,4,9						
7. Атаксия в конечностях	0,1,2,9							
8. Чувствительность	0,1,2							
9. Речевая функция	0,1,2,3							
10. Дизартрия	0,1,2,9							
11. Угасание и отсутствие внимания (ранее игнориров-е)	0,1,2							
Сумма баллов								
Оценка по ШКГ								

Время «от двери до иглы» _____ мин.

Оценка по модифицированной шкале Рэнкин _____

Врач-невролог (подпись) _____ (ФИО) _____

Показания и противопоказания к хирургическому лечению геморрагического инсульта

Хирургическое лечение геморрагического инсульта осуществляется в ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина».

Медицинская эвакуация проводится бригадами скорой медицинской помощи или Центром медицины катастроф.

1. Показания для хирургического лечения геморрагического инсульта

1.1. Путаменальное и субкортикальное кровоизлияние объемом более 30 см³, сопровождающееся выраженным неврологическим дефицитом и/или приводящее к дислокации мозга (смещению срединных структур более 5 мм или деформации цистерн ствола мозга).

1.2. Кровоизлияние в мозжечок объемом более 10-15 см³, диаметром более 3 см, сопровождающееся компрессией ствола мозга и/или окклюзионной гидроцефалией. Выполнять наружное вентрикулярное дренирование без удаления гематомы мозжечка не рекомендуется ввиду возможного увеличения аксиальной дислокации мозга.

1.3. Кровоизлияние в мозжечок объемом менее 10-15 см³, сопровождающееся гемотампонадой IV желудочка и окклюзионной гидроцефалией.

1.4. Кровоизлияние в таламус, сопровождающееся гемотампонадой желудочков и/или окклюзионной гидроцефалией (рекомендация).

Хирургическое вмешательство не показано при угнетении сознания до комы (GCS) - 7 баллов и менее.

2. Относительные противопоказания к операции

2.1. Наличие тяжелой соматической патологии (сахарный диабет, почечно-печеночная, сердечно-сосудистая и легочная патология в стадии суб- и декомпенсации, коагулопатии, сепсис).

2.2. Неуправляемая артериальная гипертензия - систолическое давление более 200 мм рт.ст.

3. Факторы риска неблагоприятного исхода при хирургическом лечении

3.1. Снижение бодрствования до сопора и ниже.

3.2. Объем внутримозговой гематомы более 50 см³.

3.3. Массивное вентрикулярное кровоизлияние.

3.4. Поперечная дислокация 10 мм и более.

3.5. Деформация цистерн ствола мозга.

3.6. Рецидив кровоизлияния.

Показания для хирургического лечения определяет врач - нейрохирург.

**СТАНДАРТИЗИРОВАННОЕ СКРИНИНГОВОЕ
ТЕСТИРОВАНИЕ ФУНКЦИИ ГЛОТАНИЯ**

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

Ф.И.О.: Отделение _____ Палата

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

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 покашливать, если его попросить об этом? ДА

НЕТ

4. Может ли пациент контролировать слюну: вовремя проглатывать, не допускать истечение слюны изо рта? ДА

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 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):

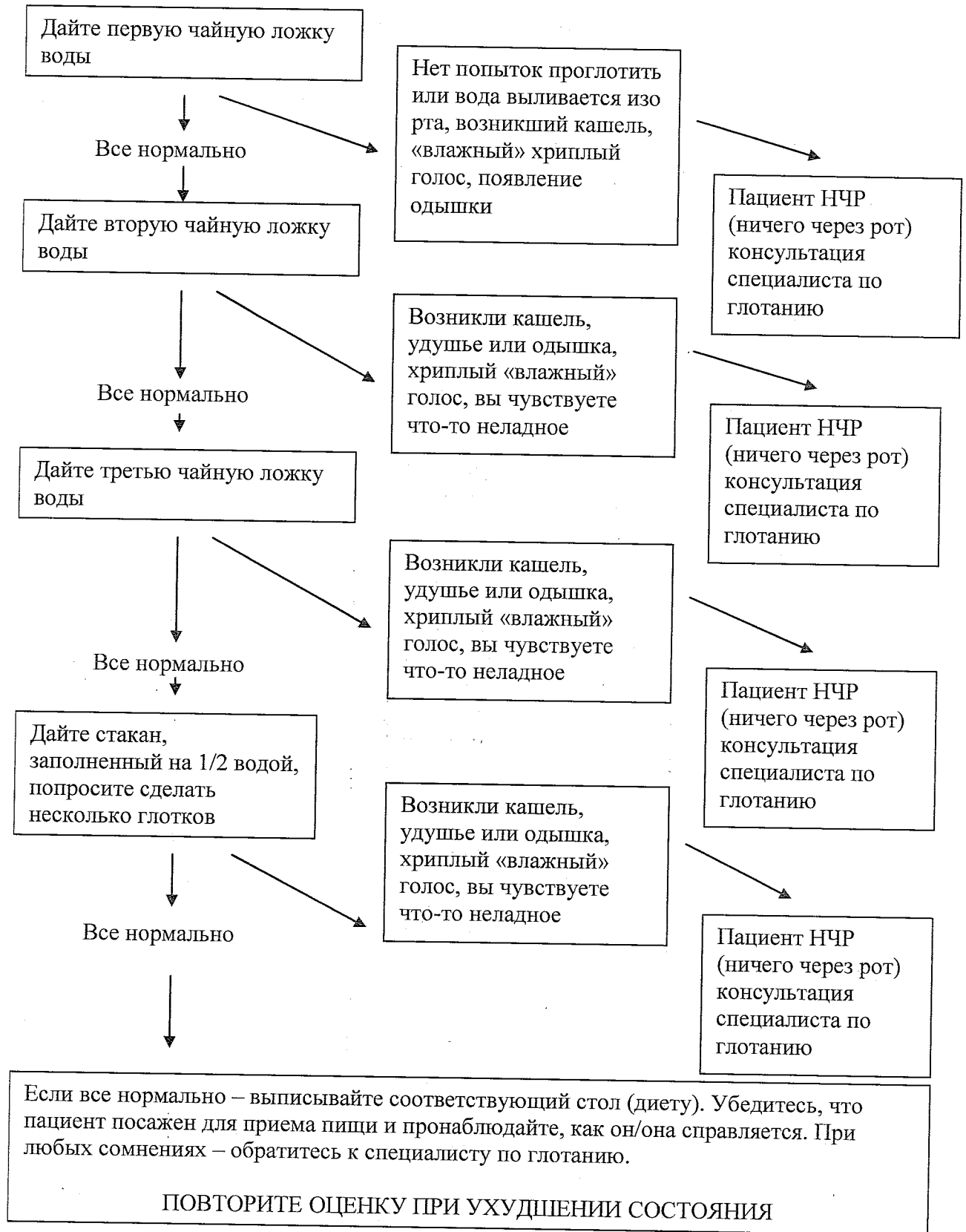
Дата: « _____ » _____ 20 _____

Время: _____ час. _____ мин.

Подпись: /Фамилия...../

СКРИНИНГОВОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ГЛОТАНИЯ

Пациент РАЗБУЖЕН и ПОСАЖЕН: Дата: ____/____/____



Если все нормально – выписывайте соответствующий стол (диету). Убедитесь, что пациент посажен для приема пищи и пронаблюдайте, как он/она справляется. При любых сомнениях – обратитесь к специалисту по глотанию.

ПОВТОРИТЕ ОЦЕНКУ ПРИ УХУДШЕНИИ СОСТОЯНИЯ

Скрининговое тестирование произвела:.....

Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО)

1. ФИО _____
Возраст _____ пол _____ вес _____

2. Факторы риска

- 2.1. Тяжелое заболевание легких с дыхательной недостаточностью (включая ИВЛ) – как основная причина госпитализации
- ХСН – как основная причина госпитализации
- 2.2. Предполагаемое ограничение подвижности (более 3 дней)
- 2.3. Острая инфекция (пневмония и пр.)
- Тромбоз глубоких вен или ТЭЛА в анамнезе
- Сепсис
- Воспаление суставов нижних конечностей
- Воспаление толстого кишечника
- Инсульт или другое острое неврологическое заболевание
- Врожденная тромбофилия
- Возраст 70 лет и старше
- Злокачественно новообразование
- Нет факторов риска из пункта 2.3
- 2.4. Возраст старше 40 лет
- Ожирение
- Полицитемия/тромбоцитоз
- Беременность и 6 недель после родов
- Варикозное расширение вен ног
- Дегидратация
- Миелопролиферативное заболевание
- Прием КОК или заместительная гормональная терапия у женщин
- Нет факторов риска из пункта 2.4.
- 2.5. Другие факторы риска:

3. Стратификация риска ВТЭО:

Низкий риск	Высокий риск
	<ul style="list-style-type: none">- факторы риска из раздела 2.1.- факторы риска из раздела 2.2 в сочетании как минимум с одним из раздела 2.3.- факторы риска из раздела 2.2 в сочетании как минимум с двумя из раздела 2.4.- многочисленные факторы риска в любом сочетании
Рекомендовано:	
Профилактика не требуется	Требуется профилактика антикоагулянтами п/к: Надропарин Кальция 0,4 мл при весе \leq 70 кг - 1 раз Надропарин Кальция 0,6 мл при весе >70 кг - 1 раз Эноксапарин натрия 40 мг - 1 раз Фондапаринукс натрия 2,5 мг - 1 раз Гепарин 5.000 ЕД - 3 раза

4. Противопоказания к профилактике ВТЭО:

- Недавно перенесенная или планируемая офтальмологическая, или нейрохирургическая операция
- Гепарин индуцированная тромбоцитопения
- Клинически значимая тромбоцитопения
- Продолжающееся тяжелое кровотечение
- Тяжелая патология печени в том числе варикозное расширение вен пищевода
- СКФ менее 30 мл/мин
- Неконтролируемая артериальная гипертензия

Утвержден
приказом Министерства
здравоохранения Мурманской
области
от 25.05.2023 № 319

Регламент маршрутизации пациентов со стенотическим поражением экстракраниальных (интракраниальных) отделов брахиоцефальных артерий

Регламент маршрутизации пациентов со стенотическим поражением экстракраниальных (интракраниальных) отделов брахиоцефальных артерий (далее – Регламент) регулирует вопросы организации оказания медицинской помощи пациентам со стенотическим поражением экстра/интра краниальных отделов брахиоцефальных артерий в государственных учреждениях здравоохранения Мурманской области.

1. Перечень медицинских организаций, выполняющих диагностические исследования, для своевременного выявления стенотического поражения экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий методами скринингового ультразвукового обследования и/или компьютерно-томографической ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий

ГБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина»
ГБУЗ «Мурманская городская поликлиника № 1»
ГБУЗ «Мурманская городская поликлиника № 2»
ГБУЗ «Мурманский областной клинический многопрофильный центр»
ГБОУЗ «Мурманский областной центр специализированных видов медицинской помощи»
ГБУЗ «Кандалакшская центральная районная больница»
ГБУЗ «Мончегорская центральная районная больница»
ГБУЗ «Апатитско-Кировская центральная городская больница»
ГБУЗ «Кольская центральная районная больница»
ГБУЗ «Ловозерская центральная районная больница»
ГБУЗ «Центральная районная больница ЗАТО г. Североморск»
ГБУЗ «Оленегорская центральная городская больница»
ГБУЗ «Печенгская центральная районная больница»
ФГБУЗ «Мурманский многопрофильный центр имени Н.И. Пирогова федерального медико-биологического агентства»
«Центральная медико-санитарная часть № 120 федерального медико-биологического агентства» «Медико-санитарная часть № 118 федерального медико-биологического агентства»
«Центральная медико-санитарная часть № 120 федерального медико-биологического агентства» «Центральная медико-санитарная часть № 120 федерального медико-биологического агентства»

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки федеральный исследовательский центр «Кольский научный центр Российской академии наук»
Федеральное казенное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть министерства внутренних дел Российской Федерации по Мурманской области»
Частное учреждение здравоохранения «Поликлиника «РЖД-медицина» города Мурманск»
Частное учреждение здравоохранения «Поликлиника «РЖД-медицина» города Кандалакша»

2. Перечень медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий:

ГБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина»

3. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам со стенотическим поражением экстраинтракраниальных отделов брахиоцефальных артерий на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи.

3.1. Скрининговое ультразвуковое обследование брахиоцефальных артерий с целью выявления окклюзионно-стенотического поражения брахиоцефальных артерий осуществляется в медицинских организациях Мурманской области, указанных в пункте 1 настоящего приложения.

3.2. Показаниями для проведения скринингового ультразвукового обследования брахиоцефальных артерий являются:

- наличие в анамнезе острых ишемических церебральных событий - транзиторная ишемическая атака и/или ишемический инсульт в бассейне внутренней сонной артерии и/или в вертебробазиллярном бассейне;

- возраст старше 50 лет, без наличия в анамнезе острых церебральных событий, но имеющий факторы риска наличия атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий: облитерирующего атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей, ишемической болезни сердца, аневризматического расширения грудного или брюшного отдела аорты, аускультативно выслушиваемого шума над сонными артериями, дополнительных факторов риска развития атеросклероза брахиоцефальных артерий (сахарный диабет, гиперлипидемия, отягощенный артериальный анамнез);

- в рамках второго этапа диспансеризации при наличии комбинации трех факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний у мужчин в возрасте от 45 лет включительно и женщин в возрасте от 54 лет включительно: повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела или ожирение.

3.3. Направление пациентов на ультразвуковое обследование брахиоцефальных артерий с целью выявления окклюзионно-стенотического поражения брахиоцефальных артерий должно осуществляться врачами-специалистами амбулаторно-поликлинического или стационарного этапа при

наличии медицинских показаний согласно подпункта 3.2 приложения.

3.4. В соответствии с установленными показаниями пациентам с выявленным по данным скринингового ультразвукового обследования стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий проводится компьютерно-томографическая ангиография брахиоцефальных и церебральных артерий.

3.5. Показаниями для проведения компьютерно-томографической ангиографии являются:

- стеноз внутренней сонной артерии $> = 50\%$ (по европейской методике измерения, ECST) по данным ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий при наличии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт в бассейне внутренней сонной артерии);

- стеноз внутренней сонной артерии $> = 70\%$ (по европейской методике измерения, ECST) по данным ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий при отсутствии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторной ишемической атаки или ишемического инсульта в бассейне внутренней сонной артерии);

- стеноз I сегмента позвоночной артерии $> = 60\%$ (по европейской методике измерения, ECST) по данным ультразвукового обследования брахиоцефальных артерий при наличии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт в вертебробазиллярном бассейне);

- наличие пролонгированной бляшки ($> 3,0$ см) в артерии, отсутствие возможности визуализации конца бляшки по данным ультразвукового обследования брахиоцефальных артерий;

- наличие в анамнезе данных о перенесенном внутримозговом кровоизлиянии, в том числе субарахноидальном кровоизлиянии, геморрагическом инсульте;

3.6. Проведение компьютерно-томографической ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий осуществляется в стационарах по месту жительства (при наличии МСКТ) и консультативно-диагностическом центре ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина».

3.7. По результатам проведенного обследования при наличии показаний пациент направляется на консультацию к врачу сердечно-сосудистому хирургу консультативно-диагностического центра ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина».

3.8. Показания для направления пациента на консультацию к врачу сердечно-сосудистому хирургу:

- стеноз внутренней сонной артерии $> = 50\%$ (по европейской методике измерения, ECST) по данным ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий и компьютерно-томографической ангиографии брахиоцефальных артерий, при наличии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт в бассейне внутренней сонной артерии);

- стеноз внутренней сонной артерии $> = 70\%$ (по европейской методике измерения, ECST) по данным ультразвукового исследования брахиоцефальных

артерий и компьютерно-томографической ангиографии брахиоцефальных артерий, при отсутствии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторной ишемической атаки или ишемического инсульта в бассейне внутренней сонной артерии. Наличие сочетанного стеноза внутренней сонной артерии) $> 50\%$ на контралатеральной стороне требует консультации врача сердечно-сосудистого хирурга;

- стенозы I сегмента позвоночных артерий $> 60\%$ при наличии в анамнезе острых ишемических церебральных событий (транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт в вертебробазилярном бассейне);

- патологическая извитость экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий (перепад линейной скорости кровотока > 2 раз на уровне извитости) с наличием в анамнезе острых ишемических церебральных событий на стороне извитости.

3.9. По результатам консультации пациента врачом сердечно-сосудистым хирургом принимается решение о проведении оперативного лечения в стационарных условиях ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина».

При отсутствии медицинских показаний к оперативному лечению пациенты возвращаются под наблюдение врачей-специалистов амбулаторно-поликлинического этапа и ведутся с учетом рекомендаций сосудистого хирурга.

4. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи.

4.1. Показания для проведения хирургического лечения:

- симптомные стенозы более 60% ;

- стенозы ВСА от 50 до 60% с учетом морфологической нестабильности атеросклеротической бляшки (изъязвление, кровоизлияние в бляшку, флотация интимы, пристеночный тромб) с учетом неврологической симптоматики – перенесенная ТИА или инсульт в течение последних 6 месяцев;

- бессимптомные стенозы от 70 до 99% , если операционный риск составляет менее 3% ;

- патологическая извитость экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий (перепад линейной скорости кровотока > 2 раз на уровне извитости) с наличием в анамнезе острых ишемических церебральных событий на стороне извитости.

4.2. Пациентам с острыми ишемическими церебральными событиями (транзиторной ишемической атакой или ишемическим инсультом в бассейне внутренней сонной артерии), находящимся на стационарном лечении в ПСО и при наличии показаний для консультации сердечно-сосудистого хирурга организуется консультация врача сердечно-сосудистого хирурга ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина», с использованием возможностей телемедицины.

Сроки проведения оперативного лечения

Пациенты с транзиторными ишемическими атаками после обследования в неврологическом отделении ОНМК при выявлении поражения брахицефальных артерий обсуждаются с сердечно-сосудистым хирургом ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина». и оперируются по условно срочным показаниям в течение первых 14 суток.

Показания для хирургического лечения определяет сердечно-сосудистый хирург.

1. Пациенты с негрубым дефицитом и оценкой функционального состояния по шкале Рэнкина 1 балла после лечения в неврологическом отделении ОНМК, при выявлении стенозирующего поражения брахицефальных артерий госпитализируются в отделение сердечно-сосудистой хирургии для оперативного лечения в течение 14 дней.

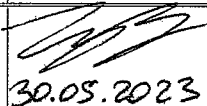

Показания для хирургического лечения определяет сердечно-сосудистый хирург.

2. Пациенты с инсультом и дефицитом Рэнкин 2 балла проходят лечение в неврологическом отделении ОНМК и при выявлении поражения брахицефальных артерий через 6-8 недель от начала инсульта осматриваются в КДЦ ГОБУЗ МОКБ им. П.А. Баяндина сердечно-сосудистым хирургом для решения вопроса о возможности и целесообразности оперативного лечения при оценке функционального состояния по шкале Рэнкина < 3 баллов.

ЛИСТ ВНУТРЕННЕГО СОГЛАСОВАНИЯ
к проекту приказа (распоряжения)
Министерства здравоохранения Мурманской области

Об организации оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Мурманской области

Проект согласовали:

Должность	Фамилия и инициалы	Даты проведения согласований, подпись, замечания	
		получено	возвращено
Заместителя министра	Чуксеев С.Е.	 30.05.2023	
Заместитель начальника управления организации медицинской помощи и развития системы здравоохранения	Пашковский М.М.		
Консультант управления организации медицинской помощи и развития системы здравоохранения	Мешкова В.М.	