

# ЛОКАЛЬНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

**Діагноз: мозковий інсульт**

**Код МКХ-І60**

**Приклад формулювання діагнозу:**

**Гостре порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом (час, дата) в басейні правої (лівої) середньо мозкової артерії. Гіпертонічна хвороба Шст. Ускладнений гіпертензивний криз.**

**Надання першої медичної або екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі здійснюється:**

*бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, лікарями відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатoproфільних лікарень, які входять у систему екстреної медичної допомоги.*

**Медична допомога на догоспітальному етапі повинна бути надана пацієнтам з МІ у перші хвилини від початку розвитку ознак захворювання.**

**Пацієнтам з МІ необхідно забезпечити термінову госпіталізацію в першу чергу в центри (відділення), де можливе проведення комп'ютерної нейровізуалізації. У випадку необхідності транспортування пацієнтів, стабілізованих, може проводитися і в зворотному порядку для проведення реабілітації в інші стаціонари.**

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

## **ДЛЯ БРИГАДИ ЕКСТРЕНОЇ (ШВИДКОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**Положення протоколу**

**Норматив прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події становить у містах - 10 хвилин, у населених пунктах поза межами міста – 20 хвилин з моменту надходження звернення до диспетчера**

оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Зазначені нормативи з урахуванням метеорологічних умов, сезонних особливостей, епідеміологічної ситуації та стану доріг можуть бути перевищені, але не більше ніж на 10 хвилин.

**Діагностичне та клінічне обстеження пацієнта** фіксується у Карті виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о). До Карти виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о) необхідно прикріпити ЕКГ, а у разі передачі біометричних ЕКГ - сигналів у консультативний телеметричний центр – записати заключення кардіолога.

### **Обґрунтування**

Рання діагностика та госпіталізація пацієнтів з ознаками МІ у спеціалізовані інсультні відділення ЗОЗ зменшує смертність та інвалідність внаслідок цього захворювання, покращує результати лікування пацієнтів.

### **Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги**

#### **Обов'язкові:**

#### **1. Збір анамнезу:**

##### 1.1. Збір анамнезу захворювання

1.1.1. Встановити точний час появи перших симптомів захворювання;

1.1.2 Встановити точний час, коли пацієнт востаннє був без таких симптомів;

1.1.3. Скарги пацієнта на момент початку захворювання;

1.1.4. Клінічна картина на момент початку захворювання;

1.1.5. Наявність головного болю, нудоти, блювоти;

1.1.6. Порухення мови, чутливості та активних рухів у кінцівках;

1.1.7. Швидкість наростання симптомів.

##### 1.2. Зібрати анамнез життя:

1.2.1. Наявність артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, захворювань серцево-судинної системи, порушень мозкового кровообігу в анамнезі;

1.2.2. Уточнити хірургічні втручання, які проводилися впродовж попередніх 3 міс;

1.2.3. Зібрати медикаментозний анамнез (які ліки приймає хворий, звернути особливу увагу на лікування антикоагулянтами та антитромбоцитарними засобами);

1.2.4. Зібрати загальний алергологічний анамнез та з'ясувати, чи є алергічні реакції на прийом лікарських засобів;

1.2.5. Амбулаторне та стаціонарне лікування, яке проходив пацієнт.

## **2. Провести огляд та фізичне обстеження**

2.1. Оцінювання життєво важливих функцій організму – дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE.

2.2. Оцінювання ключових елементів соматичного статусу (аускультация серця та легенів, пальпація живота).

## **3. Оцінити неврологічний статус пацієнта:**

3.1. Рівня свідомості ( шкала ком Глазго ) (додаток №1).

3.2. Ознаки інсульту за шкалою «Мова-рука-обличчя-час» (тест FAST) (додаток № 2).

## **4. Визначити інші порушення соматичного статусу.**

## **5. Лабораторні обстеження: визначення рівня глюкози крові.**

## **6. Інструментальні обстеження:**

6.1. Визначення артеріального тиску.

6.2. Вимірювання температури тіла.

6.3. ЕКГ або передача біометричних ЕКГ-сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ.

## **Бажані:**

1. Пульсоксиметрія (визначення сатурації крові киснем, норма – 95%).

## ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА

### НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

#### Положення протоколу

1. Забезпечити стабільність життєво важливих функцій: дихання та гемодинаміки.
2. Забезпечити прохідність та захист від аспірації дихальних шляхів.
3. Інгаляція киснем.
4. Забезпечити контроль та корекцію рівня глюкози крові.
5. Не рекомендовано рутинне зниження АТ.
6. Не рекомендовано до проведення процедури нейровізуалізації призначення АСК, клопідогрелю, інших антитромботичних засобів, а також введення антикоагулянтів.
7. Термінова госпіталізація в спеціалізований ЗОЗ.

#### Обґрунтування

1. Правильне положення тіла та захист дихальних шляхів при транспортуванні пацієнта, профілактика гіпоксемії має вплив на подальший перебіг лікування і прогноз у пацієнтів з підозрою на інсульт.
2. Некоригована гіпоглікемія може імітувати інсульт та погіршує прогноз у пацієнтів з підозрою на інсульт.

#### Необхідні дії лікаря

##### Обов'язкові:

#### I. Немедикаментозні методи втручання

1. **Придати правильне положення тілу пацієнта:** на спині, з піднятим на 30 градусів головним кінцем медичних ноші-каталки або за допомогою підручних засобів.
2. **Застосовувати стандартні методи для відновлення прохідності дихальних шляхів та профілактики аспірації.**
  - 2.2. Для покращення прохідності верхніх дихальних шляхів необхідно:
    - 2.2.1. Забезпечити вільне дихання: розстібнути тугий комірць, виключити закидання голови назад або надмірне згинання голови.
    - 2.2.2. Повернути голову пацієнта на бік.
    - 2.2.3. Видалити зубні протези з ротової порожнини пацієнта.

2.3. Для проведення заходів з профілактики аспірації:

2.3.1. Підняти головний кінець ліжка на місці виклику при огляді.

2.3.2. При необхідності здійснити санацію верхніх дихальних шляхів.

### 3. Проведення оксигенотерапії

Кисневу терапію доцільно проводити пацієнтам, у яких є клінічні ознаки порушення функції зовнішнього дихання та/або насичення крові киснем (сатурація) нижче 95 %.

3.1. При порушенні свідомості інгаляція кисню проводиться обов'язково.

3.2. ШВЛ показана при: брадіпное (ЧД менше ніж 8 за хвилину), тахіпное (ЧД більше ніж 40 за хвилину), сатурації нижче ніж 95%, зростаючому ціанозі шкірного покриву.

4. **Забезпечення венозного доступу** проводиться шляхом виконання стандартної процедури венозної пункції з дотриманням заходів асептики/антисептики катетером для внутрішньовенної пункції, який ретельно фіксується пов'язкою.

## Медикаментозна терапія

### 1. Контроль АТ

Різне зниження АТ може призвести до погіршення стану пацієнта, тому, через складність адекватного контролю темпів зниження АТ, застосування антигіпертензивної терапії у пацієнтів з гострим порушенням мозкового кровообігу на догоспітальному етапі у більшості випадків **не рекомендоване**.

<b>NB! Не проводиться корекція АТ при виявленні САТ не більше ніж 220 мм рт. ст. та/або ДАТ не більше ніж 120 мм рт. ст.</b>
--

**2. Інфузійна терапія:** проводиться введення розчину натрію хлориду 0,9% із швидкістю 100 мл/год.

**3. Корекція рівня глюкози** проводиться при виявленні рівня глюкози у крові менше ніж 3,0 ммоль/л необхідно ввести 20-40 мл 40 % розчину глюкози в/в болюсно (дуже повільно).

**4. Протисудомна терапія:**

4.1. Діазепам (сибазон) - в/в 10-20 мг (2-4 мл), у разі необхідності повторного введення – 20 мг внутрішньом'язово або в/в крапельно.

4.2. Магнію сульфат є препаратом вибору при судомному синдромі - вводити в/в повільно болюсно 25 % (250 мг/мл) розчин впродовж 10-15 хв. (перші 3,0 мл за 3 хв.) або крапельно у 100,0 – 200,0 мл розчину натрію хлориду 0,9 %.

4.3. Нейропротекція: нейроксон (цераксон) 500-1000мг в/в струминно на фіз.р-ні або 500-1000мг внутрішньо; пірацетам 20%р-н - 2,4-4гр. (12-20мл) в/в струминно на фіз.р-ні.

### **NB! Протипоказані та не рекомендовані втручання у пацієнтів з підозрою на ГПМК:**

1. Протипоказане застосування фуросеміду для лікування набряку мозку через можливе різке зниження АТ та поглиблення ішемії мозку.

2. Протипоказане введення розчинів глюкози, колоїдних розчинів для проведення інфузійної терапії.

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

### **Госпіталізація в заклади охорони здоров'я**

#### **Положення протоколу**

1. Транспортування пацієнта в автомобілі швидкої медичної допомоги відбувається з піднятим головним кінцем медичних нош-каталки до кута 30 градусів. *(Ноші-каталка функціональні та відповідають державним стандартам: з 01.10.09 на території України введено в дію Національний Стандарт України ДСТУ 7032:2009 (EN 1789:2007, MOD) "Автомобілі швидкої медичної допомоги та їхнє устаткування").*

2. Термінова госпіталізація пацієнта проводиться у такі заклади охорони здоров'я: у відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги лікарні, спеціалізовані інсультні відділення, лікарню швидкої медичної допомоги (або у багатопрофільну лікарню (клінічну лікарню) інтенсивного лікування), які мають в своїй структурі центр тромболітичного лікування (ЦТЛТ) або інсультне відділення, яке виконує процедуру тромболізу при ішемічному інсульті.

3. Спеціалісти центру, які виконують сТЛТ (ЦТЛТ), повинні бути завчасно повідомлені службою екстреної медичної допомоги про пацієнта, який є «кандидатом для проведення сТЛТ» у спосіб, регламентований ЛПМД.

4. При повідомленні лікаря ЦТЛТ керівник бригади ШМД надає інформацію про пацієнта з ознаками ГПМК, який перебуває в межах «вікна терапевтичних можливостей» та є потенційним «кандидатом для проведення сТЛТ».

5. Пацієнта госпіталізують у відповідний ЗОЗ у супроводі родичів (при можливості).

### **Обґрунтування**

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

### **Необхідні дії лікаря**

1. Керівник бригади ШМД повідомляє відповідальну особу в ЗОЗ, де знаходиться ЦТЛТ про наступне:

1.1. Загальний клінічний стан хворого;

1.2. Неврологічний статус хворого;

1.3. Точний час появи перших симптомів ГПМК;

1.4. АТ, температура тіла (Т тіла), рівень глюкози крові, результати ЕКГ (бажано);

1.5. Відомості про перенесені найближчим часом операції, травми, інсульти, інфаркти міокарду, гострі кровотечі та інфекції;

1.6. Відомості про ліки, які приймає пацієнт щоденно та його алергологічний анамнез;

1.7. Відомості про ліки, які пацієнт приймав в день захворювання;

1.8. Судинні фактори ризику (АГ, ЦД, серцева аритмія).

2. Терміново доставляє пацієнта в ЗОЗ у відділення, яке визначене ЛПМД.

### **Необхідні дії водія бригади екстреної медичної допомоги:**

1.Забезпечити доставку медичних працівників та оснащення виїзної бригади до місця події у найкоротший термін (до 10 хвилин у місті та 20 хвилин у населених пунктах поза межами міста) та оптимальним маршрутом.

2.Сприяти медичним працівникам в наданні екстреної медичної допомоги хворим та постраждалим, перенесенні та підключенні медичної апаратури.

3.Брати безпосередню участь у перенесенні хворого на ношах, особисто відчиняти задні двері автомобіля, брати участь у встановленні нош з хворим у салон автомобіля, зачиняти задні двері.

4.Забезпечити транспортування хворого до лікарні.