

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я

_____ № _____

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ
ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ

2013

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АГ	Артеріальна гіпертензія
АСК	Ацетилсаліцилова кислота
АТ	Артеріальний тиск
ВМК	Внутрішньомозковий крововилив
ГПМК	Гостре порушення мозкового кровообігу
ГІ	Геморагічний інсульт
ЕКГ	Електрокардіографія
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ІАПФ	Інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту
ІІ	Ішемічний інсульт
КН	Клінічні настанови
ЛПМД	Локальний протокол медичної допомоги
МІ	Мозковий інсульт
МРТ	Магнітна резонансна томографія
НПЗЗ	Нестероїдні протизапальні засоби
ПІС	Палата інтенсивного спостереження
рТАП	Рекомбінантний тканинний активатор плазміногену
РКВ	Результати клінічних випробувань
сТЛТ	Системна тромболітична терапія
СКТ	Спіральна комп'ютерна томографія
Т тіла	Температура тіла
УЗД	Ультразвукова доплерографія
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
УОЗ	Управління охорони здоров'я
ЦД	Цукровий діабет
ЦТЛТ	Центр тромболітичного лікування
ШКТ	Шлунково-кишковий тракт
ШМД	Швидка медична допомога
ШВЛ	Штучна вентиляція легень
ЧСС	Частота серцевих скорочень
NIHSSS	Шкала тяжкості інсульту інститутів здоров'я США
SaO₂	Насичення гемоглобіну киснем (%)
NB	Важливо!

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз: Інсульт

1.2. Шифр згідно МКБ-10: I-64 Інсульт, що не уточнений як крововилив або інфаркт

1.3. Протокол призначений для бригад екстрено (швидкої) медичної допомоги.

1.4. Мета протоколу: оптимізація надання медичної допомоги пацієнтам з гострим порушенням мозкового кровообігу.

1.5. Дата складання – грудень 2013 р.

1.6. Дата перегляду протоколу – грудень 2015 р.

1.7. Розробники:

Хобзей М.К.	Голова мультидисциплінарної робочої групи, директор Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України, д.мед.н.
Юрченко В.Д.	Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Медицина невідкладних станів», директор Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»
Близнюк М.Д.	Заступник директора Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»
Сличко І.Й.	Науковий співробітник Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»

Методичний супровід та інформаційне забезпечення:

Ліщишина О.М.	Директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.мед.н, ст.н.с.
Горох Є.Л.	Начальник Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.тех.н.
Мельник Є.О.	Начальник Відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»
Шилкіна О.О.	Начальник Відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»

Адреса для листування: Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», м. Київ. Електронна адреса: medstandards@dec.gov.ua.

Електронну версію документу можна завантажити на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я: <http://www.moz.gov.ua> та на <http://www.dec.gov.ua>

Рецензенти:

Малиш І.Р.	Завідувач відділенням анестезіології та інтенсивної терапії КМКЛ ШМД, лауреат державної премії України в галузі науки і техніки, д.мед.н., професор
Печиборщ В.П.	Завідувач відділу наукових проблем організації та управління медичною допомогою при надзвичайних ситуаціях, к.мед.н.
Курділь Н.В.	Доцент кафедри Військової токсикології, радіології та медичного захисту УВМА, к.мед.н.

1.8. Епідеміологічна інформація

Гостре органічне порушення мозкового кровообігу - це вогнищеві порушення діяльності головного мозку тривалістю понад 24 години. Основні причини - ішемія або крововилив. Причини ішемічного інсульту: оклюзія мозкової артерії емболом судинного або серцевого походження; локальний тромбоз; зниження локального кровоплину. Внутрішньомозкові гематоми найчастіше виникають внаслідок розриву патологічно зміненої стінки артерії при артеріальній гіпертонії, кровотечі з пухлини або вродженої судинної вади [6, 8, 15].

Внаслідок мозкового інсульту в Україні щорічно помирає від 40 000 до 45 000 осіб. У 2010 році зареєстровано 39694 випадки смерті від МІ, що становить 86,7 випадки на 100 тис. населення (в Європі цей показник становить 37-47 на 100 тис. населення). Інсульт залишається провідною причиною інвалідизації населення країни. Близько 20 000 хворих щорічно стають інвалідами внаслідок ЦВЗ. Інсульт накладає особливі обов'язки на членів сім'ї хворого, значно знижуючи їх працездатний потенціал та лягає тяжким соціально-економічним тягарем на суспільство. Тільки 10-20% хворих після інсульту повертаються до праці. Поширеність мозкового інсульту в країнах Європи, на думку багатьох фахівців, у найближчі 25 років буде зростати у зв'язку з збільшенням тривалості життя населення в індустріально розвинених країнах [1, 3, 13, 14].

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Розробка УКПМД здійснювалась на основі організаційних принципів, наукових даних щодо ефективності даного медичного втручання, даних фармакодинаміки та фармакокінетики. Основною метою даного уніфікованого клінічного протоколу було створення ефективної системи надання медичної допомоги пацієнтам з МІ.

Слід зазначити, що в даному УКПМД передбачена діюча організаційна структура надання медичної допомоги (наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385), а також особливості надання медичної допомоги за новою організаційною структурою - відповідно до критеріїв розмежування медичних послуг (наказ МОЗ від 05.10.2011 р. № 646 «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»). УКПМД був розроблений мультидисциплінарною робочою групою, яка включала представників різних медичних спеціальностей (загальної практики-сімейної медицини, спеціалістів з невідкладної медичної допомоги, кардіологів, кардіохірургів, інтервенційних хірургів та ін.).

Слід зазначити, що в даному УКПМД передбачена діюча організаційна структура надання медичної допомоги (наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», зареєстрований Міністерством юстиції України за № 892/7180 від 12.11.2002 р.), а також особливості надання медичної допомоги за новою організаційною структурою - відповідно до критеріїв розмежування медичних послуг (наказ МОЗ України від 05.10.2011 р. № 646 «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», зареєстрований Міністерством юстиції України за № 1414/20152 від 07.12.2011 р).

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

Організація та надання медичної допомоги на догоспітальному етапі

Діагноз: мозковий інсульт Код МКХ-I 64

Обґрунтування та основні положення протоколу

1. Догоспітальний етап включає надання першої медичної та екстреної медичної допомоги пацієнтам з МІ з моменту виявлення пацієнта або звернення такого пацієнта (родичів або свідків) за медичною допомогою до моменту госпіталізації.

2. 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.

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

4. 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.

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

6. Для забезпечення послідовності надання медичної допомоги пацієнтам з діагнозом МІ у кожному ЗОЗ доцільно розробити та впровадити локальні протоколи медичної допомоги (ЛПМД), у яких визначений клінічний маршрут пацієнта та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до матеріально-

технічного та кадрового забезпечення. Взаємодія між ЗОЗ, які надають екстрену, первинну та вторинну медичну допомогу, визначається наказом територіального органу з питань охорони здоров'я.

7. У кожному ЗОЗ обов'язково повинен бути розроблений та затверджений ЛПМД.

8. ЛПМД повинен бути доведений до кожного, хто бере участь у наданні медичної допомоги пацієнтам МІ на догоспітальному етапі.

3.1. ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЮТЬ ЕКСТРЕНУ ТА ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

3.1.1. ДЛЯ ДИСПЕТЧЕРА ОПЕРАТИВНО-ДИСПЕТЧЕРСЬКОЇ СЛУЖБИ ЦЕНТРУ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ
--

Положення протоколу

1. Прийом виклику диспетчером оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф за єдиним телефонним номером виклику екстреної медичної допомоги 103 або за єдиним телефонним номером виклику екстреної допомоги 112.

2. Диспетчер оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф повинен прийняти виклик відповідно до затвердженого алгоритму та направити бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги до пацієнта з підозрою на МІ.

Необхідні дії

Обов'язкові:

1. Поради абоненту, який зателефонував у оперативно-диспетчерську службу центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф:

- Покладіть пацієнта з повернутою злегка в сторону головою;

- Забезпечте ліжковий режим;
 - Знайдіть медикаменти, які приймає пацієнт, зняті раніше ЕКГ пацієнта і покажіть медичному працівнику бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;
 - Не залишайте пацієнта без нагляду.
3. Після реєстрації виклику диспетчер терміново направляє бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події.

3.1.2. ДЛЯ БРИГАДИ ЕКСТРЕНОЇ (ШВИДКОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Положення протоколу

3.1.2.1. 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.

3.1.2.2. Діагностичне та клінічне обстеження пацієнта фіксується у Карті виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о). До Карті 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%).

3.1.2.3. 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. Некорегована 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 набік.

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 12 за хвилину), тахіпное (ЧД більше ніж 35-40 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.

II. Медикаментозна терапія

1. Контроль АТ

Різке 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**.

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.

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 - 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 %.

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.

III. 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 тромболізису 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.

IV. ЕТАПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

4.1. Алгоритм діагностики

Загальний алгоритм діагностики та лікування пацієнта при інсульті (додаток № 3).

А.3.2. Алгоритм лікування

Загальний алгоритм лікування пацієнта при інсульті (додаток № 4).

V. Індикатори якості медичної допомоги

1. Наявність у бригад екстреної медичної допомоги локального протоколу ведення пацієнта з інсультом.

2. Відсоток пацієнтів, які отримали медичну допомогу бригадами екстреної медичної допомоги впродовж звітного періоду.

3. Відсоток пацієнтів, у яких не було повторного інсульту впродовж одного року.

4. Відсоток пацієнтів, які були доставлені до спеціалізованого стаціонару не пізніше ніж через 4.5 години з моменту появи симптомів інсульту.

5. Наявність в бригаді екстреної медичної допомоги локального протоколу надання медичної допомоги пацієнту з підозрою на ішемічний інсульт в «період вікна терапевтичних можливостей» на догоспітальному етапі медичної допомоги в даному ЗОЗ.

5.1.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення

Апарат для штучної вентиляції легень ручний, електрокардіограф багатоканальний, пульсоксиметр, тонометр з набором манжет для вимірювання артеріального тиску на руках, ногах та дитячих, фонендоскоп/стетоскоп, язикотримач та інше відповідно до таблиці оснащення.

Лікарські засоби

Комбіновані α - і β -адреноблокатори, альфа-адреноблокатори: урапідил; селективні (β_1) – адреноблокатори: есмолол, метопролол; інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту: еналаприл; розчини електролітів: розчин натрію хлориду 0,9%, магнію сульфат; перфузійні розчини: глюкоза; анксиолітики, похідні бензодіазепіну: діазепам.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. «Ишемический инсульт». Адаптированные клинические рекомендации, основанные на доказательствах. Проект «Поддержка развития медицинских стандартов в Украине», 2006.
2. Електронний документ: «Рекомендації щодо ведення хворих з ішемічним інсультом та транзиторною ішемічною атакою». Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. – 2011.
3. Електронний документ: «Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із гострим ішемічним інсультом та ТІА». Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. – 2011.
4. Мищенко Т.С. Лечение и вторичная профилактика ишемического инсульта. Журнал практичного лікаря. № 2 2005 –с.8.
5. Наказ МОЗ України від 30.07.2002 № 297 «Про вдосконалення медичної допомоги хворим з цереброваскулярною патологією».
6. «Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із гострими порушеннями мозкового кровообігу», Методичні рекомендації, Міністерство охорони здоров'я України, Київ, 2005.
7. Наказ МОЗ України від 01.03.2004 р. № 108 «Про удосконалення організації невідкладної нейрохірургічної допомоги».
8. Наказ МОЗ України № 226 «Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критерії якості лікування дітей». «Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із ГПМК», Методичні рекомендації, Міністерство охорони здоров'я України, Київ, 2005.
9. Наказ МОЗ України від 30.07.2002 р. № 297 «Про вдосконалення медичної допомоги пацієнтам з цереброваскулярною хворобою».
10. Наказ МОЗ України від 17.01.2005 р. № 24 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Медицина невідкладних станів"».

11. Наказ МОЗ України від 17.08.2007р №487 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Неврологія"».
12. Наказ МОЗ України від 13.06.2008р №317 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Нейрохірургія"».
13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke part I: assessment, investigation, immediate management and secondary prevention. Edinburgh: SIGN; 1997. (SIGN publication no.13).
14. Institute for Clinical System Improvement. Health Care Guideline: Diagnosis and Initial Treatment of Ischemic Stroke. Fourth Edition. February 2005. url: www.icsi.org
15. New Zealand Guidelines Group (NZGG). Life after stroke. New Zealand guideline for management of stroke. Wellington (NZ): New Zealand Guidelines Group (NZGG); 2003 Nov. 84 p. [164 references] url: www.nzgg.org.nz

до уніфікованого клінічного протоколу
екстреної медичної допомоги «Мозковий
інсульт»

ШКАЛА ГЛАЗГО

(бали сумуються, загальне число від 3 до 15)

Критерій	Характеристика	Бал
ВІДКРИВАННЯ ОЧЕЙ	Спонтанно	4
	На голос	3
	На біль	2
	Немає відповіді	1
МОВНА ВІДПОВІДЬ	Орієнтований, може розмовляти	5
	Дезорієнтований, може розмовляти	4
	Спутана відповідь	3
	Відповідь не доладу	2
	Немає відповіді	1
РУХОВІ РЕАКЦІЇ	Адекватно по команді	6
	На біль, цілеспрямовано	5
	На біль, нецілеспрямовано	4
	Згинання на біль	3
	Розгинання на біль	2
	Немає рухів	1

СВІДОМІСТЬ

Ясна 15	Приглушення	Сопор 8 - 10	Кома
	Помірне 13 - 14		Помірна 6 - 7
	Глибоке 11 - 12		Глибока 4 - 5
			Термінальна 3

до уніфікованого клінічного протоколу
екстреної медичної допомоги «Мозковий
інсульт»

Метод екстреної оцінки інсульту

Настороженість щодо інсульту

Догоспітальний скринінг на інсульт,

FAST

1. порушення мови	☐ так ☐ ні	Необхідно виявити ознаки порушення мовлення, що виникли вперше (запитати про настання таких вперше виявлених порушень у оточуючих або родичів, відмітити нерозбірливість мовлення, труднощі в розумінні звернутої до пацієнта мови, виконання простих команд та назви знайомих предметів чи повторенні сказаного речення).
2. Парез мимічної мускулатури Уражена сторона лиця	☐ так ☐ ні	Необхідно виявити вперше виниклу асиметрію обличчя в спокої, при виконанні команди посміхнутися чи показати вищирені зуби. Відмітьте сторону ураження (сторона де виражений парез мускулатури).
	☐ ліва ☐ права	
3. Слабкість в руці Уражена рука	☐ так ☐ ні	Підніміть обидві руки пацієнта до кута 90°, якщо пацієнт сидить, і на 45°, якщо пацієнт лежить. Утримуйте їх 5 сек. в такому

		положенні, а потім одночасно відпустіть. Відмітьте «так» у випадку коли одна із двох рук опустилася. Відмітьте сторону ураження – ту де рука опустилася швидше.
	☐ ліва ☐ права	

до уніфікованого клінічного протоколу
екстреної медичної допомоги «Мозковий
інсульт»

Загальний алгоритм діагностики та лікування пацієнта при інсульті



Додаток № 4

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної медичної допомоги «Мозковий інсульт»

