



**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
(Депздрав Югры)**

П Р И К А З

**О совершенствовании медицинской помощи
больным с острым нарушением мозгового кровообращения
в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре**

от 15 июня 2017 года
Ханты-Мансийск

№ 623

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказами Минздрава России от 15.11.2012 № 926н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы», от 15.11.2012 №928 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» (далее – Порядки), в целях совершенствовании оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (далее по тексту – ОНМК) в медицинских организациях Ханты-Мансийского автономного округа – Югры **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

1.1.Алгоритм оказания медицинской помощи больным с ОНМК на догоспитальном этапе (приложение 1).

1.2.Алгоритмы оказания медицинской помощи больным с ОНМК на госпитальном этапе (приложения 2, 3, 4, 5, 6).

1.3.Алгоритм диспансерного наблюдения пациентов из групп риска и больных, перенесших ОНМК (приложение 7).

1.4.Схему маршрутизации пациентов с ОНМК (приложение 8).

2. Главным врачам медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа – Югры обеспечить:

2.1.Оказание медицинской помощи больным с ОНМК в соответствии с Порядками, клиническими рекомендациями по ведению больных с ОНМК, алгоритмами, утвержденными настоящим приказом, при соблюдении стандартов оказания медицинской помощи на различных этапах ведения.

2.2. Проведение в установленном порядке мероприятий по внутреннему контролю качества оказания медицинской помощи каждому пациенту с ОНМК.

2.3. Непрерывное обучение и повышение квалификации специалистов, оказывающих медицинскую помощь пациентам с ОНМК, с использованием различных форм обучения.

3. Главным врачам бюджетных учреждений Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружная клиническая больница», «Сургутская клиническая травматологическая больница», «Няганская окружная больница»:

3.1. Организовать и обеспечить контроль за деятельностью функциональных подразделений - Региональных сосудистых центров по профилю неврология в целях оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК, в том числе с использованием рентгенхирургических методик.

3.2. Обеспечить возможность круглосуточного консультирования специалистов иных медицинских организаций автономного округа по вопросам ведения пациентов с ОНМК, в том числе с целью решения вопросов своевременного перевода пациентов на лечение в медицинскую организацию более высокого уровня.

4. Главным врачам бюджетных учреждений Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутская окружная клиническая больница», «Нижневартовская окружная больница №2», «Нефтеюганская окружная клиническая больница им. В.И. Яцкив»:

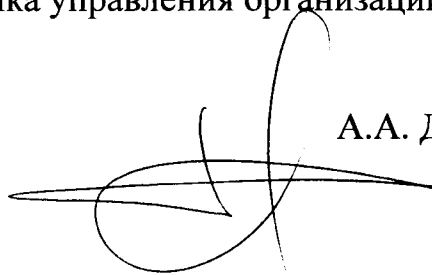
4.1. Организовать и обеспечить контроль за деятельностью функциональных подразделений - Первичных сосудистых отделений по профилю неврология в целях оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК.

4.2. Обеспечить возможность круглосуточного консультирования специалистов иных медицинских организаций автономного округа по вопросам ведения пациентов с ОНМК, в том числе с целью решения вопросов своевременного перевода пациентов на лечение в медицинскую организацию более высокого уровня.

5. Обязанности по координации, методическому руководству, консультативной помощи специалистам возложить на главных внештатных специалистов Депздрава Югры по неврологии Л.И. Анищенко, по нейрохирургии А.Г. Богословского, по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению П.И. Павлова, по сердечно-сосудистой хирургии В.В. Ромашкина, по терапии М.Б. Тараник.

6. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя Директора Департамента – начальника управления организации медицинской помощи Касьянову Е.В.

Директор Департамента



А.А. Добровольский

Приложение 1
к приказу Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа - Югры
от 15.06.2017 № 623

Алгоритм оказания медицинской помощи больным с ОНМК
на догоспитальном этапе

Данный алгоритм устанавливает рекомендованный порядок действий специалиста на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК и включает следующие разделы:

1. Телефонное интервью.
2. Тактика ведения пациента с ОНМК на вызове.
3. Транспортировка.

I. Телефонное интервью (момент приёма вызова фельдшером, диспетчером станции (отделения) скорой медицинской помощи, диспетчером оперативного отдела «центра медицины катастроф»).

Вопросы позвонившему:

1. Точное время начала заболевания;
2. Темп возникновения симптомов (быстрое, медленное);
3. Наличие или отсутствие асимметрии лица;
4. Наличие или отсутствие односторонней слабости верхней и/или нижней конечности;
5. Наличие или отсутствие речевых нарушений.

II. Тактика ведения пациента с ОНМК на вызове (фельдшер, врач общей практики, участковый терапевт, невролог).

Вопросы пациенту и/или окружающим

1. Известно ли точное время заболевания?
2. Когда и в какой последовательности появились клинические симптомы заболевания?
3. Имеются ли факторы риска (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, фибрилляция предсердий, ишемическая болезнь сердца, инсульты в анамнезе)?
4. Был ли больной признан инвалидом до настоящего времени и по какой причине?
5. Сбор жалоб пациента.

Диагностические мероприятия

- Оценка общего состояния и жизненно важных функций: уровня сознания, проходимости дыхательных путей; дыхания, кровообращения и др.
- Визуальная оценка: осмотр и пальпация мягких тканей головы (для выявления черепно-мозговой травмы), осмотр наружных слуховых и носовых ходов (для выявления ликворо- и гематореи);
- Измерение пульса, ЧСС, АД, аускультация сердца и лёгких;
- Электрокардиография;
- Исследование глюкозы в крови;
- Пульс-оксиметрия;
- Исследование неврологического статуса: тест FAST «Лицо-рука-речь»

Тест FAST - «Лицо-рука-речь» *

Тест выполняется в три этапа:

1. «Лицо» — осматривают лицо, определяя его симметричность. Наличие асимметрии лица может свидетельствовать об инсульте.
2. «Рука» — пациента просят вытянуть перед собой и удерживать на весу обе руки. Если одна рука непроизвольно опускается, это может свидетельствовать об инсульте.
3. «Речь» — пациента просят произнести какую-нибудь фразу, например, назвать полностью свои имя, отчество и фамилию или адрес проживания. Невнятность речи или неспособность произнести эти слова может свидетельствовать об инсульте.

Первая медицинская помощь, стабилизация нарушенных жизненно-важных функций, срочная доставка пациента в специализированное отделение для лечения больных с ОНМК.

III. Транспортировка (согласно маршрутизации пациентов с ОНМК)

1. Транспортировка на носилках в горизонтальном положении без подъёма головного конца для сохранения перфузии, с контролем возможной аспирации рвотных масс.
2. Устное оповещение по телефону бригадой скорой медицинской помощи, центра медицины катастроф о транспортировке больного с признаками ОНМК в приемное отделение, с указанием «терапевтического окна» и приблизительного времени поступления.
3. Быстрая и приоритетная госпитализация пациентов с ОНМК в медицинские организации в «терапевтическом окне» первые 4,5-6 часов от момента появления первых симптомов с целью возможного проведения тромболитической терапии. Доставка бригадой скорой медицинской помощи, центра медицины катастроф больных с признаками ОНМК в медицинские организации, минуя приемное отделение.

Приложение 2
к приказу Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа - Югры
от 15.06.2017 № 623

Алгоритм оказания медицинской помощи больным с ОНМК на
госпитальном этапе

Данный алгоритм устанавливает рекомендованный порядок действий специалиста на госпитальном этапе оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК и включает следующие разделы:

I. При поступлении в медицинскую организацию:

- осмотр дежурным-неврологом в смотровом кабинете отделения;
- транспортировка в отделение лучевой диагностики с кабинетом компьютерной томографии (далее-КТ-исследование) и (или) магнитно-резонансной томографии (далее МРТ-исследование) в сопровождении невролога, при необходимости – анестезиолога-реаниматолога;
- выполнение КТ/МРТ-исследования головного мозга согласно алгоритму (Приложений).

II. Диагностические мероприятия в приемном отделении

Обязанности медицинской сестры:

- измерение АД;
- выполнение электрокардиографии (ЭКГ), (возможно на догоспитальном этапе);
- установка кубитального катетера (возможна на догоспитальном этапе);
- забор крови для определения:
 - количества эритроцитов, тромбоцитов;
 - содержания глюкозы в периферической крови;
 - международного нормализованного отношения (далее - МНО), активированного частичного тромбопластинового времени (далее – АЧТВ);
 - мочевины, креатинина, печёночных проб.

После определения содержания тромбоцитов, глюкозы в периферической крови, МНО, АЧТВ (в течение 20 минут с момента забора крови) - передача результата дежурному врачу-неврологу Отделения.

Обязанности дежурного врача-невролога:

- встреча пациента в приемном отделении, сопровождение при транспортировке в смотровой кабинет и отделение лучевой диагностики для КТ-исследования (или) МРТ-исследования;

- оценка состояния жизненно важных функций организма больного, общего состояния;
- оценка неврологического статуса (NIHSS);
- проведение мероприятий, направленных на восстановление нарушенных жизненно важных функций организма больного с признаками ОНМК;
- организация выполнения ЭКГ, забора крови для лабораторного исследования;
- направление пациента с признаками ОНМК в отделение лучевой диагностики для КТ-исследования (или) МРТ-исследования;
- выявление показаний или противопоказаний к тромболитической терапии (ВВТ или ВСР), выбор тактики ведения;
- в случае необходимости - вызов на консультацию врача-нейрохирурга, специалиста по рентгенэндоваскулярным методам диагностики и лечения, кардиолога;
- транспортировка пациента в палату (блок) реанимации и интенсивной терапии отделения или рентгеноперационную.

Обязанности специалистов лучевой и функциональной диагностики:

- выполнение компьютерной томографии/магнитно-резонансной томографии согласно утвержденному алгоритму (приложение);
- анализ КТ/МРТ данных;
- передача заключения дежурному врачу-неврологу неврологического отделения. Время с момента поступления больного с признаками ОНМК в отделение (медицинскую организацию) до получения дежурным врачом-неврологом заключения КТ/МРТ- исследования головного мозга - не более 40 минут.

Обязанности врача-нейрохирурга:

- консультация при геморрагическом инсульте, обширном инфаркте мозжечка, обширном полушарном инсульте с дислокацией срединных структур – в течение 60 минут с момента диагностики.

Обязанности врача-кардиолога:

- консультация всех пациентов с диагностированным инсультом или подозрением на транзиторную ишемическую атаку (далее - ТИА).

Обязанности специалиста по рентгенэндоваскулярным методам диагностики и лечения:

- консультация пациентов при ишемическом инсульте;
- определение показаний к эндоваскулярным методам диагностики и лечения;
- определение объема и тактики эндоваскулярного вмешательства.

- определение типа анестезии в момент вмешательства (совместно с анестезиологом-реаниматологом).

Проведение консилиума врачей по тактике лечения, вопросам направления на лечение в региональные сосудистые центры.

III. Терапевтические мероприятия

1. Проведение мероприятий базисной терапии неврологом или реаниматологом на этапе диагностики при поступлении.

2. Проведение процедуры внутривенной тромболитической терапии (далее – ВТТ) - госпитализация в палату (блок) реанимации и интенсивной терапии АРО или отделение рентгенхирургических методов диагностики.

3. Проведение внутрисосудистой реканализации (далее - ВСР) с последующей госпитализацией в палату (блок) реанимации и интенсивной терапии АРО.

4. Госпитализация пациентов с ТИА или ОНМК в палату (блок) реанимации и интенсивной терапии АРО. Время с момента поступления больного в медицинскую организацию до момента начала специфических терапевтических мероприятий - не более 60 минут.

IV. Направления базисной терапии

1. Коррекция дыхательных нарушений

а) Оценка проходимости дыхательных путей.

б) Постоянное или периодическое транскутанное определение сатурации кислородом. При сатурации кислородом $<94\%$ – проведение оксигенотерапии с начальной скоростью подачи кислорода 2-4 л/мин.

в) Показания для интубации трахеи и ИВЛ: снижение уровня сознания (менее 8 баллов по Шкале Комы Глазго), аспирации или высокий риск аспирации, брадипноэ менее 12 в 1 минуту, тахипноэ более 35-40 в 1 минуту.

V. Коррекция АД – таблица №1. Введение пролонгированных форм гипотензивных препаратов. Для повышения АД – волемическая нагрузка, в сочетании с инотропными препаратами (дофамин в начальной дозе 5 мкг/кг/мин или норадреналин).

Таблица 1

Целевые уровни АД при ОНМК

	Максимально допустимое значение	Целевое значение
Острейшая стадия ишемического инсульта (0-5 суток)		
ГБ в анамнезе	220\110 мм рт.ст	180\100 -105 мм рт.ст

ГБ в анамнезе нет	220\110 мм рт.ст	160-180\90-100мм рт.ст
Планируется тромболизис	185\110 мм рт.ст	160-180\90 -100мм рт.ст
Острая стадия ишемического инсульта (до 28 суток)		
Отсутствие стеноза		120-140/70-80 мм рт.ст
Лакунарный инсульт, инсульт с высоким риском повторного инсульта без стенозирования магистральных артерий головы (МАГ)		Менее 130/70-80 мм рт.ст
Ишемический инсульт+сахарный диабет (СД) или болезни почек /почечная дисфункция, протеинурия без стенозирования МАГ		Менее 130/70-80 мм рт.ст
Ишемический инсульт+сахарный диабет (СД) или болезни почек /почечная дисфункция, протеинурия /с стенозированием МАГ		130-150/70-80 мм рт.ст
Односторонний гемодинамический значимый стеноз МАГ		130-150\70 -80мм рт.ст
Билатеральный гемодинамический значимый стеноз МАГ		150-180\70 -80мм рт.ст
Геморрагический инсульт		
ГБ а анамнезе	180\105 мм рт.ст	180\100-105 мм рт.ст
ГБ а анамнезе нет	160\105 мм рт.ст	160-180\90-100 мм рт.ст

Снижение АД на 15-20% от исходных величин (на 5-10 мм рт.ст/час в первые 4 часа, затем 5-10 мм рт.ст/за каждые 4 часа для пациентов с острым инфарктом миокарда, сердечной недостаточностью, острой почечной недостаточностью, гипертонической энцефалопатией или диссекцией аорты.

VI. Водно-электролитный обмен. Основным инфузионным раствором является 0,9% р-р хлорида натрия. Для быстрого восполнения объёма циркулирующей крови, с целью поддержания адекватного АД, - использование препаратов на основе гидроксипропилькрахмала 6% или 10%.

Гипоосмоляльные растворы (0,45% р-р хлорида натрия, 5% р-р глюкозы) при инсульте противопоказаны из-за риска увеличения отёка мозга. Показание для введения глюкозосодержащих растворов – гипогликемия.

VII. Отёк мозга и повышение ВЧД. При снижении уровня бодрствования- нахождение в постели с приподнятым до 30° головным концом (без сгибания шеи). Должны быть исключены: эпилептические припадки, кашель, двигательное возбуждение и боль. Введение гипоосмоляльных растворов противопоказано.

VIII. Купирование судорожного синдрома. Для купирования генерализованных судорожных припадков (тонические, клонические, тонико-клонические судороги во всех группах мышц с потерей сознания, уриацией, прикусом языка) и фокальных судорожных припадков (подёргивания в отдельных группах мышц без потери сознания) используют диазепам 10 мг в/в медленно, при неэффективности повторно (10 мг в/в) через 3—4 мин (максимальная суточная доза диазепама - 80 мг).

Не назначаются:

1. Хлористый кальций, викасол, аминакапроновая кислота или аскорбиновая кислота для остановки кровотечения при подозрении на геморрагический инсульт.

2. Ацетилсалициловая кислота, т.к. невозможно исключить геморрагический характер инсульта.

3. Фуросемид – из-за возможного резкого снижения АД и усугубления ишемии головного мозга, развития гемоконцентрации.

4. Ноотропы (пирацетам, ноотропил, инстенон, пикамилон и др.) – эффект стимуляции и истощения головного мозга в условиях ишемического повреждения.

5. Сосудорасширяющие препараты (эуфиллин, трентал, кавинтон, инстенон) - развитие эффекта обкрадывания.

6. Дексаметазон, преднизолон – отсутствие доказанной эффективности.

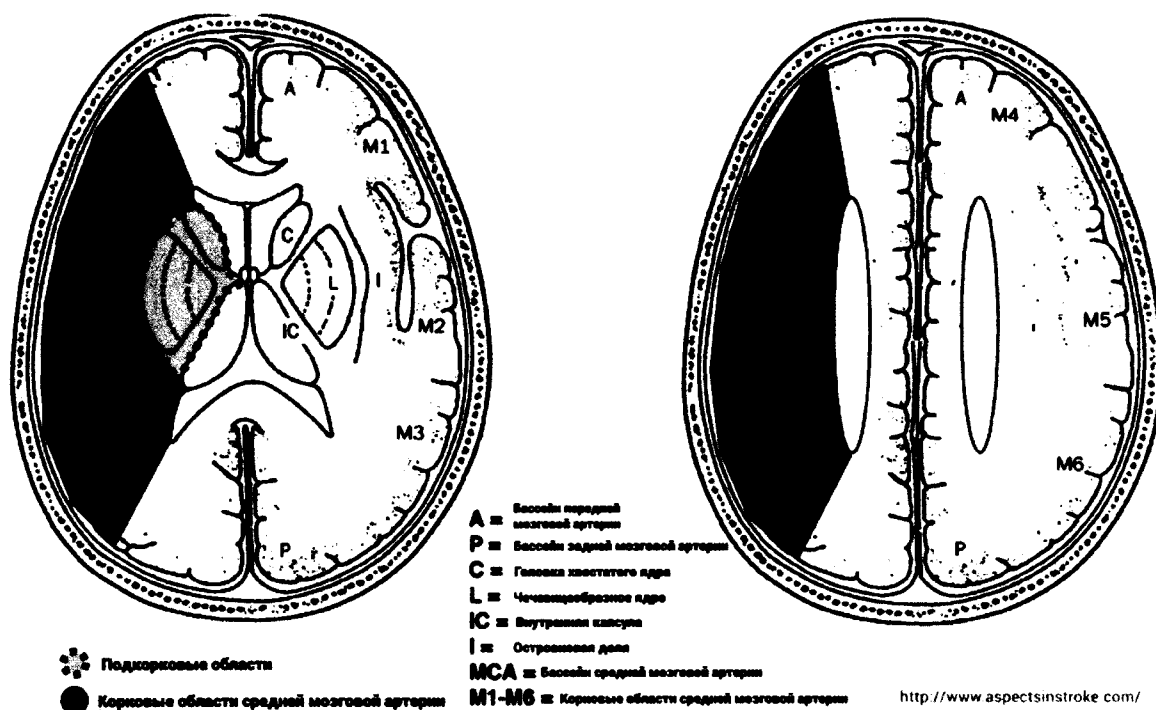
7. Нифедипин – резкое снижение давления.

Приложение 3
к приказу Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа - Югры
от 15.06.2017 № 623

Алгоритм лучевой диагностики при остром инсульте

1. КТ головного мозга (без предварительных лабораторных данных)
2. Использование шкалы ASPECTS: Оценка - вычитания из 10 по 1 баллу за выявление ишемической гиподенсивности в каждой области.

Программа Alberta для оценки начальных изменений на КТ при инсульте - Alberta Stroke Programme Early CT Score (ASPECTS)



При помощи ASPECTS, бассейн СМА делится на десять областей, которые оцениваются на всех доступных аксиальных КТ срезах: хвостатое ядро, островок, чечевицеобразное ядро, внутреннюю капсулу и шесть других корковых областей ("M1"- "M6"). Оценка складывается путем вычитания из 10 по 1 баллу за выявление ишемической гиподенсивности в каждой области.

Таким образом, в случае интактного бассейна СМА будет выставлена оценка «10», а при полном вовлечении бассейна в область инфаркта — оценка «0».

При интактном бассейне СМА оценка «10», при полном вовлечении бассейна в область инфаркта — оценка «0».

3. При наличии технической возможности – проведение КТ-перфузии головного мозга: введение 50 мл йодсодержащего КВ со скоростью 4–8 мл/с.

4. Интерпретация результатов с использованием стандартизованных показателей:

- церебральный объем крови (cerebral blood volume, CBV);

- церебральный кровоток (cerebral blood flow, CBF): 50–80 мл/100 г х мин. Области мозга с большой энергетической потребностью (кора и подкорковые ганглии) имеют значения CBF в 2–3 раза большие, чем белое вещество (таблица 2);

- среднее время прохождения (mean transit time, MTT); время до достижения максимальной (пиковой) концентрации контрастного вещества (time to peak, TTP) (таблица 2).

Таблица 2

Нормальные значения перфузионных параметров серого и белого вещества головного мозга по данным ПКТ

Область	CBF	CBV,	VTТ
Параметр	мл/100 г х мин.	мл/100 г	с
Серое вещество	60	4	4
Белое вещество	25	2	4.8

- выделение участков необратимых изменений и потенциально жизнеспособной ткани (зоны пенумбры и ядра инфаркта).

Таблица 3

Изменения перфузионных параметров при различных стадиях нарушения кровоснабжения ткани мозга

Стадия	ЦПД	CBF	CBV	MTT
Сохранная ауторегуляция	↓		↑	↑
Олигеглия	↓ ↓	↓	↑	↑
Пенумбра	↓ ↓ ↓	↓ ↓	↑ ^N	↑ ↑
Необратимое повреждение (ядро инфаркта)	↓ ↓ ↓ ↓ ↓	↓ ↓ ↓	↓	↑ ↑

N – нормальные значения; ↑ – повышение; ↓ – снижение

5. КТ ангиографическое исследование сосудов головного мозга и шеи следует проводить по мультифазной методике (при этом способе минимизируются возможные неточности в интерпретации данных).

Методика мультифазной компьютерной томографии подразумевает выполнение последовательно, с минимальной задержкой, трех серий на мультиспиральном КТ томографе.

Последовательность:

- серия №1 от дуги аорты до свода черепа (полностью соответствует по методике выполнения однофазной КТ-ангиографии выполняемой в артериальную фазу по методике болюс-треккинг с установкой локатора на дуге аорты);
- серия №2 от основания черепа до свода черепа;
- Серия №3 от основания черепа до свода черепа.

(Multphase CT Angiography: A New Tool for the Imaging Triage of Patients with Acute Ischemic Stroke. Radiology: Vol. 275: Number 2 – May 2015 radiology.rsna.org) 4

Приложение 4
к приказу Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа - Югры
от 15.06.2017 № 623

**Алгоритм действий врача при проведении
тромболитической терапии или внутрисосудистой реканализации
ишемического инсульта**

1. Пациент в приёмном отделении с предварительным диагнозом «ишемический инсульт» – потенциальный кандидат для проведения внутривенной тромболитической терапии (далее - ВТТ) и/или внутрисосудистой реканализации (далее - ВСР).

2. Дежурный врач-невролог, врач-анестезиолог палаты (блока) реанимации и интенсивной терапии АРО (в случае поступления пациента в «терапевтическое окно» до 6 часов или при тяжелом состоянии), встречает пациента с ОНМК в приёмном отделении, транспортирует в кабинет компьютерной томографии, проводит оценку по шкале NIHSS и Глазго в течение 15 минут с момента поступления.

3. Проведение забора крови для экстренных лабораторных исследований в приёмном отделении с готовностью результатов обследований в течение 20 минут с момента забора (таблица 1).

4. Незамедлительное оповещение дежурным неврологом о наличии пациента с возможным проведением ВСР ответственного рентгенхирурга.

5. Выполнение полного объема экстренных инструментальных исследований (КТ головы, КТ-перфузия, КТ-ангиография с оценкой коллатералей) по назначению и в сопровождении дежурного невролога в течение 40 минут с момента поступления в приёмное отделение; время «дверь-игла» при ВТТ или ВСР – до 60 минут (таблица 2).

6. Установка кубитального катетера.

7. Введение болюса тромболитика (актилизе) в кабинете КТ согласно протокола процедуры тромболитической терапии (приложение 1).

8. Транспортировка пациента в рентгенооперационную в сопровождении дежурного анестезиолога АРО.

9. Проведение ВТТ.

10. При отсутствии эффекта от ВТТ или противопоказаниях к ВТТ – тотальная церебральная ангиография.

11. При наличии тромботической окклюзии – проведение консилиума в составе дежурного невролога, рентгенхирурга, анестезиолога-реаниматолога, радиолога для определения тактики лечения.

12. Оказание дежурным анестезиологом-реаниматологом анестезиологического пособия.

13. Ответственность за предоперационную подготовку пациента возлагается на дежурную бригаду отделения РХМДиЛ и отделения реанимации с подготовкой операционной и пациента к вмешательству не более 10 минут.

14. Осуществление рентгенхирургом основного этапа и завершение ВСР.

15. Транспортировка пациента в отделение реанимации после выполнения ВСР.

16. Нахождение пациентов после ТЛТ и/или ВСР под наблюдением в отделении АРО в течение 24 часов.

17. КТ-контроль головы через 24 часа после ТЛТ и/или ВСР, ранее 24 часов – по показаниям.

18. Перевод пациента после выполнения ТЛТ и/или ВСР из палаты (блока) реанимации и интенсивной терапии АРО в ПИТ профильного отделения решением заведующего неврологическим отделением.

19. В случае развития госпитального инсульта – срочная консультация невролога и осуществление мероприятий по данному алгоритму.

Таблица 4

Параметры лабораторной диагностики

Категория параметров	Параметры	
	плазма крови	моча
Обязательные экстренные (20 минут, выделены исследования обязательные перед проведением ВТТ / ВСР)	• клинический анализ с определением формулы крови (эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, нейтрофилы и лимфоциты и др.), СОЭ; коагулограмма (АЧТВ, фибриноген, протромбиновый индекс, МНО); • биохимический анализ крови (глюкоза, общий белок, билирубин, креатинин, мочевины, АЛТ, АСТ, КФК, К⁺, Na⁺, КЩС)	кетоновые тела (в случае комы)
Обязательные плановые (необходимо выполнить в течение первых суток госпитализации, при необходимости – в динамике)	• острофазовые реакции крови • (С-реактивный белок; щелочная фосфатаза, амилаза; липидограмма (ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП, коэффициент атерогенности); газовый состав крови, гематокрит, время свёртывания крови; факторы безопасности – реакция Вассермана, HbsAg, анти-HCV, ВИЧ	общий анализ мочи
Рекомендуемые (могут быть выполнены в	расширенная коагулограмма (гомоцистеин, С- белок, S-белок,	нет

течение третьих госпитализации)	первых- суток	антитромбин III, функциональная активность тромбоцитов); антистрептолизин «О», посев крови ревматоидный фактор, циркулирующие иммунные комплексы, антифосфолипидные антитела, антитела к антинуклеарному фактору, антинейтрофильные цитоплазматические антитела, LE- клетки • антитела к возбудителям и ПЦР-диагностика инфекционных заболеваний (туберкулёз, вирус герпеса и др.)	
---------------------------------------	------------------	--	--

Таблица 5

Методы инструментальной диагностики

Категория метода	Метод диагностики	Кратность
Обязательные экстренные (40 минут, выделены обязательные методы)	- КТ (обязательна при ВТТ и ВСР) - КТ-перфузия (обязательна при ВТТ) - СКТА (обязательна при ВСР)	- однократно - однократно - однократно, при наличии показаний –
Обязательные плановые (необходимо выполнить в течение первых суток госпитализации, при необходимости – в	- КТ (обязательна при ВТТ и ВСР) - ЭКГ - рентгенография лёгких - дуплексное сканирование сосудов шеи (первые 3 часа) - ЭХО-кардиография	- через 24-36 ч, при наличии показаний – ранее - повторно - однократно - однократно - в режиме
Рекомендуемые (могут быть выполнены в течение первых- третьих суток госпитализации, выделены экстренные рекомендуемые при ВСР)	- МРТ + МРА - МР-перфузия + МРТ ДВИ или - КТ-перфузия - дигитальная субтракционная ангиография сосудов шеи и головы - УЗИ крупных сосудов (аорта, артерии и вены конечностей) - суточный мониторинг ЭКГ и АД - УЗИ щитовидной железы, органов	- однократно при поступлении/ повторно при наличии показаний - однократно - однократно - однократно - однократно

**ПРОТОКОЛ ПРОЦЕДУРЫ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (СИСТЕМНОГО
ТРОМБОЛИЗИСА) ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ
ПРЕПАРАТОМ АЛТЕПАЗЫ (АКТИЛИЗЕ)**

Ф.И.О.: _____

История болезни № _____

Дата и время поступления: Дата

				2	0	1	
--	--	--	--	---	---	---	--

время

		:		
--	--	---	--	--

1. Анализы крови: Hb - ____ г/л; Er - ____ x10⁹/л; L - ____ x10⁹/л; Tr - ____ x10⁹/л; глюкоза ____ ммоль/л
Коагулограмма: АЧТВ - ____ сек.; МНО - _____

2. КТ головного мозга: Дата

				2	0	1	
--	--	--	--	---	---	---	--

время

		:		
--	--	---	--	--

3. Осмотр невролога и оценка по шкале NIHSS: _____ баллов

4. Вес больного: _____ кг

5. Установка кубитального периферического венозного катетера _____

6. АД на обеих руках: _____ - справа; _____ - слева.

7. Оценка критериев включения/исключения

Критерии включения/исключения:(Любой из ответов «Да» означает **исключение** пациента из процедуры тромболизиса)

1.	Возраст выходит за рамки - от 18 до 80 лет	
2.	Время более 4,5 часов от начала заболевания до начала ТЛТ или отсутствие точных сведений о времени начала заболевания	
3.	Наличие признаков внутримозгового кровоизлияния при КТ исследовании	
4.	Клинические признаки САК, даже если нет данных за него при КТ/МРТ, а также состояние после САК.	
5.	Значимое (более 3 баллов по шкале NIHSS) клиническое улучшение перед началом ТЛТ	
6.	Малый неврологический дефицит (NIHSS < 4 баллов), тяжёлый инсульт (NIHSS > 25 баллов)	
7.	Судорожный припадок в дебюте инсульта	
8.	Применение гепарина в предшествующие 48 часов, если в данный момент времени повышено активированное частичное тромбиновое время (АЧТВ)	
9.	Гиперчувствительность к любому компоненту препарата	
10.	Сахарный диабет и любой инсульт в анамнезе	
11.	Перенесённый инсульт или тяжёлая травма головы в течение последних 3 месяцев	
12.	Количество тромбоцитов менее 100 000/мкл	
13.	Систолическое АД > 185 мм рт. ст., или диастолическое АД > 105 мм рт. ст., или необходимо применение интенсивной терапии (в/в введение препаратов) для снижения АД до этих границ.	
14.	Уровень глюкозы в крови < 2,8 ммоль/л или > 22,5 ммоль/л.	
15.	Диагностированный геморрагический диатез	
16.	Одновременный приём пероральных антикоагулянтов, например, варфарина и МНО (международное нормализованное отношение) > 1.3	
17.	Кровотечение в настоящее время или в течение предыдущих 6 месяцев	
18.	Заболевания ЦНС в анамнезе: новообразования, аневризма, состояние после оперативного вмешательства на головном и спинном мозге любой давности.	
19.	Геморрагическая ретинопатия (в т.ч. при сахарном диабете), на которую могут указывать нарушения зрения или другие геморрагические заболевания глаз.	
20.	Длительная или травматичная сердечно-лёгочная реанимация, роды в течение предыдущих 10 дней, недавно произведённая пункция несжимаемых кровеносных сосудов (например, подключичная и яремная вена).	
21.	Бактериальный эндокардит; перикардит	
22.	Острый панкреатит	
23.	Желудочно-кишечные кровотечения или кровотечения из мочеполовой системы за последние 3 недели. Подтверждённые обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в течение последних 3 месяцев, эрозии пищевода в анамнезе (документально подтверждённые).	
24.	Аневризмы артерий, врождённые пороки развития артерий и вен	
25.	Новообразования с повышенным риском кровотечения	
26.	Тяжёлые заболевания печени, включая печёночную недостаточность, цирроз печени, портальную гипертензию (с варикозным расширением вен пищевода), активный гепатит	
27.	Обширное хирургическое вмешательство или тяжёлая травма в течение последних 3 месяцев	
28.	Подозрение на расслоение аорты	
29.	Беременность	
	Дополнительные противопоказания для временного периода 3-4,5 часа от начала заболевания	
30.	Применение оральных антикоагулянтов вне зависимости от значения МНО	
31.	Предшествующий инсульт в сочетании с сахарным диабетом или без такового	

Перед процедурой тромболизиса убедиться в совпадении терапевтического окна:

Дата и время инсульта: Дата

				2	0	1	
--	--	--	--	---	---	---	--

время

		:		
--	--	---	--	--

Начало инфузии: Дата

				2	0	1	
--	--	--	--	---	---	---	--

время

		:		
--	--	---	--	--

Конец инфузии: Дата

				2	0	1	
--	--	--	--	---	---	---	--

время

		:		
--	--	---	--	--

Заключение: Процедура тромболизиса показана / противопоказана (подчеркнуть)

При остром ишемическом инсульте рекомендуемая доза составляет **0,9мг/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 20 мл 0,9%) раствора натрия хлорида). Затем в/в ввести 90%-дозу, рекомендуется с использованием инфузомата.

Расчёт суммарной дозы:

$$\boxed{0,9 \text{ мг}} \times \boxed{\text{Вес}} = \boxed{\text{Суммарная доза}}$$

больного (мл)

Расчёт 10% - дозы для первоначального болюсного введения:

$$\frac{\boxed{\text{Суммарная доза (мл)}}}{100\%} \times 10\% = \boxed{\text{10 \% доза}} \text{ мл}$$

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	15мин	30мин	45мин	1 час	3 час	24 час (Исход)	КТ головного мозга
1 а. Уровень сознания		0,1,2,3							
1 б. Ответы на вопросы		0,1,2							
1 с. Выполнение команд		0,1,2							В конце 1 суток (вписать дату)
2. Движения глазных яблок		0,1,2							
3. Поля зрения		0,1,2							
4. Парез лицевой мускулатуры		0,1,2,3							На 5-7 день (вписать дату)
5. Движения руками	а- левая рука	0,1,2,3,4,5							
	б- правая рука	0,1,2,3,4,5							
6. Движения ногами	а - левая нога	0,1,2,3,4,5							
	б - правая нога	0,1,2,3,4,5							
7. Атаксия в конечностях		0,1,2							В случае клинического ухудшения (вписать дату и время)
8. Чувствительность		0,1,2							
9. Речевая функция		0,1,2,3							
10. Дизартрия		0,1,2,3							
11. Угасание и отсутствие внимания (ранее игнорирование, агнозия)		0,1,2							
Сумма баллов:									

Анестезиолог-реаниматолог

Невролог

Заведующий отделением

(Ф.И.О.)

(Ф.И.О.)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(подпись)

(подпись)

к приказу Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа - Югры
от 15.06.2017 № 623

Алгоритмы нейрохирургической помощи больным с ОНМК

I. При паренхиматозном, паренхиматозно-вентрикулярном кровоизлиянии

1. Госпитализация в ПИТ или АРО в зависимости от тяжести состояния и уровня сознания (до возможной седации).

2. Исключение черепно-мозговой и сочетанной травмы, метаболических расстройств при неясном анамнезе у больных с нарушенным бодрствованием.

3. Проведение КТ головного мозга с расчётом объёма кровоизлияния с помощью программы, поставляемой производителем томографа, либо по формуле $A \times B \times C / 2$, где А - наибольший диаметр, В - перпендикулярный диаметр по отношению к А, С - количество срезов $\times$ толщину среза.

4. Проведение КТ-ангиографии сосудов головного мозга при подозрении на артериальную аневризму или АВМ. Обязательная консультация нейрохирурга в ближайшие 60 минут после установки диагноза геморрагического инсульта.

5. Показанием к хирургическому лечению при геморрагическом инсульте является: 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); 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); кровоизлияние в мозжечок объемом менее 10-15 см³, сопровождающееся гемотампонадой IV желудочка и окклюзионной гидроцефалией; кровоизлияние в таламус, сопровождающееся гемотампонадой желудочков и/или окклюзионной гидроцефалией.

6. Хирургическое вмешательство не показано при угнетении сознания до комы (GCS - 7 баллов и менее) за исключением кровоизлияния в мозжечок без разрушения стволовых структур.

7. Показания для хирургического лечения при геморрагическом инсульте выставляются нейрохирургом на основании «Клинических

рекомендаций по хирургическому лечению гипертензивных внутримозговых гематом» (утверждены ассоциацией нейрохирургов России 17.04.2014).

II. При субарахноидальном кровоизлиянии

1. Госпитализация в ПИТ или ОРИТ с оценкой сознания по ШКГ, тяжести состояния по Ханту и Хессу.

2. Выполнение КТ головного мозга, оценка тяжести субарахноидального кровоизлияния по Фишеру.

3. КТ-ангиография сосудов головы и шеи для подтверждения или исключения наличия артериальной аневризмы.

4. Обязательная консультация нейрохирурга в ближайшие 60 минут после установки диагноза субарахноидального кровоизлияния.

5. Показания для хирургического лечения при субарахноидальном кровоизлиянии выставляются нейрохирургом на основании «Клинических рекомендаций по ведению больных с субарахноидальным кровоизлиянием вследствие разрыва аневризм сосудов головного мозга» (утверждены ассоциацией нейрохирургов России 20.06.2012).

6. При решении вопроса о хирургическом лечении в региональном сосудистом центре БУ ХМАО-Югры «Сургутской клинической травматологической больницы» - срочное оформление документов (выписной эпикриз, протоколы результатов обследований, томограммы, включая КТ-АГ, с отправкой на цифровом носителе и/или по телемедицинскому каналу), оформление заявки на транспорт по линии центра медицины катастроф в БУ ХМАО-Югры «Сургутская клиническая травматологическая больница».

III. При злокачественном ишемическом инсульте в бассейне средней мозговой артерии и ишемическом инсульте в задней черепной ямке

1. КТ головного мозга при поступлении пациента с выраженным неврологическим нарушением с оценкой:

1.1. наличия и степени дислокации срединных структур;

1.2. базальных паравентрикулярных цистерн (визуализируются /компримированы/ облитерированы);

1.3. наличие синдрома «гипертензивности» мозговой артерии, как признака тромбоза.

2. Госпитализация в ОРИТ.

3. Проведение консилиума в составе дежурного невролога, дежурного нейрохирурга, дежурного рентгенхирурга, ответственного администратора об определении тактики лечения (системная тромболитическая терапия и/или внутриартериальный тромболизис или тромбоэкстракция).

4. КТ головного мозга в динамике через 12 - 24 - 48 часов от начала заболевания или ранее при отрицательной динамике по уровню сознания, в общесоматическом и неврологическом статусе.

5. Повторная консультация нейрохирурга при наличии дислокации срединных структур и клиники дислокационного синдрома.

6. Тактика ведения злокачественного ишемического инсульта проводится в соответствии с «Клиническими рекомендациями по диагностике и лечению злокачественных форм ишемического инсульта в бассейне средней мозговой артерии» (утверждены Ассоциацией нейрохирургов России 14.10.2015 г.)

7. Тактика ведения злокачественного инфаркта мозжечка проводится в соответствии с «Клиническими рекомендациями по диагностике и лечению злокачественной формы ишемического инсульта мозжечка» (утверждены ассоциацией нейрохирургов России 14.10.2015 г.)

Приложение 6
к приказу Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа - Югры
от 15.06.2017 № 623

Алгоритм хирургической помощи больным с ОНМК при
стенозирующих и окклюзирующих поражениях брахиоцефальных артерий

Проведение хирургического лечения – через 1 месяц после НМК по ишемическому типу, при хронической церебральной ишемии.

Показания для вмешательства:

1. Стеноз сонных артерий более 70% вне зависимости от наличия очаговой неврологической симптоматики.
2. Стеноз сонных артерий более 50% при наличии очаговой неврологической симптоматики.
3. Гемодинамически значимые патологические деформации (локальный турбулентный кровоток в области деформации с повышением ЛСК более 220см/сек или более чем в 3 раза по сравнению с базовыми величинами кровотока); при повышении ЛСК более 170см/сек (или более чем в 2 раза) - при наличии очаговой неврологической симптоматики.
4. Окклюзия сонных артерий при субкомпенсации мозгового кровообращения в бассейне окклюзированной артерии с признаками хронической церебральной ишемии (ундулирующий неврологический дефицит, ретроградный кровоток по глазничной артерии, асимметрия кровотока при ТК УЗДГ, истощенные или сниженные цереброваскулярные резервы)
5. Гемодинамически значимые стенозы первого сегмента позвоночных артерий при наличии клинической симптоматики.
6. Гемодинамически значимые стенозы или окклюзии подключичных артерий при развитии синдрома подключично-позвоночного обкрадывания.
7. Критический стеноз сонных артерий – хирургическое лечение в ускоренном порядке.

Показания для вмешательства ранее 1 месяца:

1. После ТИА, малого инсульта при наличии критического стеноза/острой окклюзии - попытка тромбэндартерэктомии из бифуркации ОСА и ВСА.
2. Через 2 недели после НМК с Рэнкин 0-2 балла при наличии критического стеноза (субокклюзии) - каротидная эндартерэктомия.

Приложение 7
к приказу Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа - Югры
от 15.06.2017 № 623

**Алгоритм диспансерного наблюдения пациентов групп риска
и перенесших ОНМК**

1. Раннее выявление основных факторов риска развития инсульта в ходе проведения диспансеризации определённых групп взрослого населения; проведение индивидуального углублённого профилактического консультирования и группового профилактического консультирования (школ пациента) граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском, лиц с заболеваниями органов кровообращения, стенозами БЦС, сахарным диабетом (согласно приложения 1), с оценкой 10-летнего риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний по таблице SCORE у всех пациентов с артериальной гипертонией, риска тромбоэмболических осложнений у больных с фибрилляцией/трепетанием предсердий.

2. Диспансерное наблюдение пациентов, перенёсших инсульт и ТИА (таблица 6).

3. Отбор и направление больных, перенёсших ОНМК на 2 и 3 этапы реабилитации.

4. Соблюдение преемственности на различных этапах наблюдения и лечения прикрепленного к участковым врачам и врачам общей практики населения, при наличии факторов риска ОНМК, либо перенесённого ОНМК, между участковыми терапевтами, врачами общей практики, неврологами, кардиологами, нейрохирургами, ангиохирургами, рентгенохирургами:

4.1. передача сведений о пациентах, перенёсших инсульт и ТИА из неврологического отделения заведующим терапевтических отделений КДП ежемесячно до 1 числа каждого последующего месяца;

4.2. в течение 6 месяцев осуществление диспансерного наблюдения неврологом всех пациентов, перенёсших инсульт и ТИА;

4.3. по окончании 6 месяцев диспансерного наблюдения неврологом пациентов, перенёсших инсульт и ТИА, постановка их на диспансерный учет у терапевта, согласно участка;

4.4. передача сведений о пациентах, перенёсших хирургическое лечение каротидных стенозов из неврологического отделения, ХО1, кардиохирургического отделения заведующим терапевтических отделений КДП ежемесячно до 1 числа каждого последующего месяца;

4.5. диспансерное наблюдение и учет терапевтом всех пациентов, перенёсших хирургическое лечение каротидных стенозов согласно участка;

4.6. проведение УЗИ сосудов шеи, и консультация сосудистого хирурга с определением тактики ведения пациента через 12 месяцев после хирургического лечения стеноза;

4.7. передача сведений о пациентах с факторами риска развития инсульта из отделения профилактики, от ангиохирургов, неврологов, кардиологов заведующим терапевтическими отделениями КДП, согласно участка, по мере выявления.

5. Оценка эффективности диспансеризации пациентов, перенесших ТИА и ОНМК в течение календарного года с анализом дефектов диспансерного наблюдения на врачебных конференциях 1 раз в 6 месяцев.

6. Актуализация работы школ здоровья (работа школы для пациентов с артериальной гипертонией, сахарным диабетом в еженедельном режиме, с обязательным включением занятия по ОНМК).

7. Повышение информированности населения о факторах риска и симптомах инсульта, и алгоритме действий при возникновении подозрения на развитие инсульта (проведение акций «День борьбы с инсультом» 2 раза в год, приуроченных к Европейскому и Всемирному дню борьбы с инсультом, участие врачей неврологов в теле- и радиопередачах, выпуск печатной продукции).

Таблица 6

№ п/п	Мероприятия	План диспансерного наблюдения
1	Сахарный диабет II типа Диспансерное наблюдение осуществляется терапевтом. Регулярность осмотров 1 раз в 1-3 месяца. Осмотр эндокринолога 1 раз в год.	- HbA1c 1 раз в 3 месяца - Ан. крови общий 1 раз в год - Ан. мочи общий 1 раз в год - Микроальбуминурия 1 раз в год - Биохимический анализ крови - (белок, общий холестерин, ХЛВП, ХЛНП, триглицериды, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, мочевая кислота, калий, натрий). Расчёт СКФ не менее 1 раз в год. - ЭКГ 1 раз в год - ФЛГ 1 раз в год - УЗИ органов брюшной полости и почек 1 раз в год. - При проявлениях осложнений СД, появлении дополнительных факторов риска частота обследований по потребности. - С 40 лет обследование для исключения ИБС. - Консультация кардиолога 1 раз в год. - Осмотр офтальмолога (офтальмоскопия с широким зрачком) 1 раз в год, по показаниям – чаще - Консультация хирурга кабинета диабетической стопы 1 раз в год
2	Сахарный диабет I типа Диспансерное наблюдение осуществляется эндокринологом Регулярность осмотров 1 раз в 1-3 месяца.	- HbA1c 1 раз в 3 месяца - Ан. крови общий 1 раз в год - Ан. мочи общий 1 раз в год - Микроальбуминурия 1 раз в год - Биохимический анализ крови - (белок, общий холестерин, ХЛВП, ХЛНП, триглицериды, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, мочевая кислота, калий, натрий). Расчёт СКФ не менее 1 раз в год. - ЭКГ 1 раз в год - ФЛГ 1 раз в год - УЗИ органов брюшной полости и почек 1 раз в год. При проявлениях осложнений СД, появлении дополнительных факторов риска частота обследований по потребности. - С 40 лет обследование для исключения ИБС. - Консультация кардиолога 1 раз в год. - Осмотр офтальмолога (офтальмоскопия с широким зрачком) 1 раз в год, по показаниям – чаще - Консультация хирурга кабинета диабетической стопы 1 раз в год

3	ОНМК, ТИА Диспансерное наблюдение осуществляется до 6 месяцев после инсульта и ТИА неврологом, далее терапевтом. Регулярность осмотров: в первые 6 мес. по показаниям, далее не реже 1 раза в 6 мес.	- ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ определяется дважды: при взятии под ДН и начале гиполлипидемической терапии, далее 1 раз в 6 месяцев в первые 1,5 года, затем 1 раз в 1-2 года и по показаниям - АЛТ, АСТ, КФК, креатинин через 1 месяц после начала приёма статинов, затем 1 раз в год - глюкоза крови натощак 1 раз в год - у лиц, предъявляющих жалобы на симптомы миопатии на фоне приёма статинов, определение активности креатинфосфокиназы крови - лабораторный контроль терапии непрямыми антикоагулянтами до 12 раз в год (при их применении) - Ан. крови общий- 1 раз в год - ЭКГ 1 раз в 6 месяцев - Эхо-КГ по показаниям - амбулаторное мониторирование ЭКГ при подозрении на сопутствующую пароксизмальную аритмию. - ультразвуковое исследование сонных артерий для выявления внекардиального атеросклероза по показаниям. - Консультация кардиолога по показаниям
4	Каротидные стенозы Диспансерное наблюдение осуществляется терапевтом при стенозах от 40% до 70%, неврологом при стенозах свыше 70%. Регулярность осмотров: 1 раза в 6 мес.	- ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ определяется дважды: при взятии под ДН и начале гиполлипидемической терапии, далее 1 раз в 6 месяцев в первые 1,5 года, затем 1 раз в 1-2 года и по показаниям - АЛТ, АСТ, КФК, креатинин через 1 месяц после начала приёма статинов, затем 1 раз в год - глюкоза крови натощак 1 раз в год - у лиц, предъявляющих жалобы на симптомы миопатии на фоне приёма статинов, определение активности креатинфосфокиназы крови - Ан. крови общий- 1 раз в год - ЭКГ 1 раз в 6 месяцев - ультразвуковое исследование сонных артерий 1 раз в год. - Консультация ангиохирурга 1 раз в год.
5	Пациенты, перенесшие хирургическое лечение каротидных стенозов Диспансерное наблюдение - до 12 месяцев после перенесённой операции неврологом, далее терапевтом. Регулярность осмотров: 1 раз в квартал в первые 12 мес., далее не реже 1 раза в 6 месяцев.	- ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ определяется дважды: при взятии под ДН и начале гиполлипидемической терапии, далее 1 раз в 6 месяцев в первые 1,5 года, затем 1 раз в 1-2 года и по показаниям - АЛТ, АСТ, КФК, креатинин через 1 месяц после начала приёма статинов, затем 1 раз в год - глюкоза крови натощак 1 раз в год - Ан. крови общий- 1 раз в год - ЭКГ 1 раз в год - ультразвуковое исследование сонных артерий 1 раз в год. - Консультация ангиохирурга (после перевода на диспансерный учёт терапевта) 1 раз в год. - Консультация невролога (после перевода на диспансерный учёт терапевта) 1 раз в год.

6	ИБС перенесшие ОИМ Диспансерное наблюдение осуществляется кардиологом – первые 3 месяца после ОИМ 2 раза в месяц, затем – ежемесячно в течение 3 месяцев, затем 1 раз в 2 месяца в течение 6 месяцев. Затем участковым врачом-терапевтом, ВОП 2 раза в год, с консультацией врача кардиолога 2 раза в год. ИБС; пациенты, перенесшие операцию по реваскуляризации миокарда: перенесшие АКШ Диспансерное наблюдение осуществляется кардиологом первые 3 месяца после оперативного вмешательства 2 раза в месяц, затем – ежемесячно в течение 3 месяцев, затем 1 раз в 2 месяца в течение 6 месяцев. Затем при отсутствии коронарной недостаточности участковым врачом-терапевтом, ВОП 1-2 раза в год, с консультацией врача кардиолога 2 раза в год. Осмотр кардиохирурга 1 раз в год, чаще по показаниям Другие специалисты – по показаниям.	- ОАК, ОАМ, альфа-холестерин, холестерин ЛПНП и ЛПОНП, триглицериды, коагулограмма – 2 раза в год (при антикоагулянтной терапии ПТИ еженедельно в течение первого месяца, затем 1 раз в месяц). - Трансаминазы – по показаниям. - ЭКГ каждые 10 -14 дней в течение 2 месяцев, затем ежемесячно в течение 3 месяцев, затем 1 раз в квартал, чаще – по показаниям. - Стресс-тест через 1 месяц после ОИМ, затем 1 раз в год - ЭхоКГ, ХМЭКГ 1 раз в год, - чаще – по показаниям, - ФГДС при антикоагулянтной терапии 1 раз в год - другие виды исследований – по показаниям.
---	---	--

	перенесшие ЧКВ Диспансерное наблюдение осуществляется кардиологом 1 год по схеме, затем при отсутствии коронарной недостаточности участковым врачом-терапевтом, ВОП 2-4 раза в год, с консультацией врача кардиолога 2 раза в год. Кардиохирург – по показаниям. Другие специалисты – по показаниям.	- ОАК, ОАМ, альфа-холестерин, холестерин ЛПНП и ЛПОНП, триглицериды, коагулограмма – 2 раза в год (при антикоагулянтной терапии ПТИ еженедельно в течение первого месяца, затем 1 раз в месяц). - Трансминазы – по показаниям. - ЭКГ – 1 раз в месяц первые 3 месяца после операции, затем 1 раз в квартал (чаще по показаниям). - Рентгенография органов грудной клетки – 1 раз в год. - ФГДС при антикоагулянтной терапии 1 раз в год. - Стресс-тест – через 3 месяца после операции АКШ, через 1 месяц после ЧКВ (по показаниям раньше), затем ежегодно. - Холтеровское мониторирование – 1 раз в год, чаще по показаниям. - ЭхоКГ – через 6 месяцев после операции АКШ, затем 1 раз в год (чаще по показаниям). - Коронароангиография, шунтография при признаках коронарной недостаточности, подтвержденной стресс-тестом. - Другие исследования (регистрация поздних потенциалов, компьютерная спиртография к др.) – по показаниям.
7	ИБС стенокардия ФК I - II Диспансерное наблюдение осуществляется участковым врачом-терапевтом, врачом общей практики 2 раза в год. Осмотр кардиолога не позднее месяца после установления диагноза ИБС, затем 1 – 2 раза в год, другие специалисты – по показаниям. стенокардия ФК III– IV в трудоспособном возрасте Диспансерное наблюдение осуществляется кардиологом 4 раза в год. Участковым врачом-терапевтом, ВОП 2 – 4 раза в год, другие специалисты – по показаниям.	- ОАК, ОАМ, БАК (электролиты, трансминазы, липидный спектр) 1 -2раз в год, - ЭКГ 1 – 2 раза в год, чаще по показаниям - ЭхоКГ, ХМЭКГ 1 раз в год, чаще – по показаниям, другие виды исследований – по показаниям. - Стресс-тест при отсутствии противопоказаний не позднее 1 месяца при стенокардии ФК I – III, - КАГ при ФК II – IV после положительного или сомнительного результата стресс-теста.

	Фибрилляция и (или) трепетание предсердий Диспансерное наблюдение осуществляется участковым врачом-терапевтом, ВОП 1-2 раза в год Осмотр кардиолога по показаниям	- ОАК, ОАМ, альфа-холестерин, холестерин ЛПНП и ЛПОНП, триглицериды, коагулограмма – 2 раза в год (при антикоагулянтной терапии ПТИ+ МНО еженедельно в течение первого месяца, затем 1 раз в месяц, чаще по показаниям). Трансминазы – по показаниям. - ЭКГ – 1 раз в месяц первые 3 месяца после операции, затем 1 раз в квартал (чаще по показаниям). - Рентгенография ОГК – 1 раз в год. - ФГДС при антикоагулянтной терапии 1 раз в год - Подбор программы ИВР через месяц после операции, в дальнейшем – по показаниям. - Холтеровское мониторирование – 1 раз в год, чаще по показаниям. - ЭХО КГ – 1 раз в год. - Другие исследования – по показаниям
--	---	---

Приложение 8
к приказу Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа - Югры
от 15.06.2017 № 623

**Схема маршрутизации больных
с острыми нарушениями мозгового кровообращения**

№ п/п	Наименование медицинских организаций, на базе которых оказывается медицинская помощь больным с ОНМК	Прикреплённые территории
1	БУ ХМАО – Югры «Сургутская клиническая травматологическая больница» (региональный сосудистый центр)	г. Сургут Сургутский район
2	БУ ХМАО – Югры «Окружная клиническая больница» (региональный сосудистый центр) г. Ханты-Мансийск	г. Ханты-Мансийск Ханты-Мансийский район г. Белоярский (*г.Ханты-Мансийск) Белоярский район г. Урай (*г.Ханты-Мансийск) Кондинский район (*г.Ханты-Мансийск)
3	БУ ХМАО – Югры «Няганская окружная больница» (региональный сосудистый центр)	г. Нягань (*г. Ханты-Мансийск) Октябрьский район (*г.Нягань) Советский район (*г.Нягань) Березовский район (*г.Нягань)
4	БУ ХМАО – Югры «Нижневартовская окружная клиническая больница №2» (первично-сосудистое отделение)	г. Нижневартовск (*г. Нижневартовск) Нижневартовский район
5	БУ ХМАО – Югры «Нефтеюганская окружная клиническая больница им. В.И. Яцкив» (первично-сосудистое отделение)	г. Нефтеюганск (*г.Сургут) Нефтеюганский район (*г. Нефтеюганск) г. Пойковский (*г. Нефтеюганск)
6	БУ ХМАО – Югры «Радужнинская городская больница»	г. Радужный (*Нижневартовск) п. Новоаганск
7	БУ ХМАО – Югры «Мегионская городская больница»	г. Мегион п. Высокий
8	БУ ХМАО – Югры «Пыть-Яхская окружная клиническая больница»	г. Пыть-Ях (*г.Сургут) п. Салым п. Сентябрьский
9	БУ ХМАО – Югр «Лангепасская городская больница»	г. Лангепас (*Сургут) г. Покачи
10	БУ ХМАО – Югры «Когалымская городская больница»	г. Когалым (*г. Сургут)
11	БУ ХМАО – Югры «Югорская городская больница»	г. Югорск (*Сургут) п. Пионерский

*На период технической неисправности компьютерного томограф

**Схема маршрутизация пациентов с ОНМК для проведения
внутрисосудистой реканализации (ВСР)**

№ п/п	Региональные сосудистые центры	Наименование медицинских организаций, на базе которых оказывается медицинская помощь больным с ОНМК
1	БУ ХМАО – Югры «Окружная клиническая больница» (региональный сосудистый центр) г.Ханты-Мансийск	БУ ХМАО – Югры «Белоярская районная больница» БУ ХМАО – Югры «Уральская городская больница» БУ ХМАО – Югры «Кондинская районная больница» БУ ХМАО – Югры «Октябрьская районная больница»* БУ ХМАО – Югры «Советская районная больница»* БУ ХМАО – Югры «Березовская районная больница»* БУ ХМАО – Югры «Няганская окружная клиническая больница»*
2	БУ ХМАО – Югры «Сургутская клиническая травматологическая больница» (региональный сосудистый центр)	БУ ХМАО – Югры «Сургутская окружная клиническая больница» БУ ХМАО – Югры «Нижеварттовская окружная больница №2» БУ ХМАО – Югры «Нефтеюганская окружная клиническая больница им. И.Я. Яцкив» БУ ХМАО – Югры «Когалымская городская больница» БУ ХМАО – Югры «Лангепасская городская больница» БУ ХМАО – Югры «Мегионская городская больница» БУ ХМАО – Югры «Пыть-Яхская окружная больница» БУ ХМАО – Югры «Радужнинская городская больница» БУ ХМАО – Югры «Югорская городская больница» *
3	БУ ХМАО – Югры «Няганская окружная больница» (региональный сосудистый центр)	БУ ХМАО – Югры «Югорская городская больница» ** БУ ХМАО – Югры «Октябрьская районная больница» ** БУ ХМАО – Югры «Советская районная больница» ** БУ ХМАО – Югры «Березовская районная больница» **

*до внедрения ВСР в БУ «Няганская окружная больница» (региональный сосудистый центр)

** после внедрения ВСР в БУ «Няганская окружная больница» (региональный сосудистый центр)

**Схема маршрутизации пациентов при геморрагическом инсульте и
злокачественном ишемическом инсульте**

№ п/п	Региональные сосудистые центры	Наименование медицинских организаций, на базе которых оказывается медицинская помощь больным с ОНМК
1	БУ ХМАО – Югры «Окружная клиническая больница» (региональный сосудистый центр) г.Ханты-Мансийск	БУ ХМАО – Югры «Белоярская районная больница» БУ ХМАО – Югры «Урайская городская больница» БУ ХМАО – Югры «Кондинская районная больница»
2	БУ ХМАО – Югры «Сургутская клиническая травматологическая больница» (региональный сосудистый центр)	БУ ХМАО – Югры «Сургутская окружная клиническая больница» БУ ХМАО – Югры «Нефтеюганская окружная клиническая больница им. И.Я. Яцкив» БУ ХМАО – Югры «Нефтеюганская районная больница» БУ ХМАО – Югры «Когалымская городская больница» БУ ХМАО – Югры «Лангепасская городская больница» БУ ХМАО – Югры «Пыть-Яхская окружная больница»
3	БУ ХМАО – Югры «Няганская окружная больница» (региональный сосудистый центр)	БУ ХМАО – Югры «Югорская городская больница» БУ ХМАО – Югры «Октябрьская районная больница» БУ ХМАО – Югры «Советская районная больница» БУ ХМАО – Югры «Березовская районная больница»
4	БУ ХМАО – Югры «Нижневартовская окружная клиническая больница»	БУ ХМАО – Югры «Нижневартовская окружная больница № 2» БУ ХМАО – Югры «Радужнинская городская больница» БУ ХМАО – Югры «Мегионская городская больница»

**Маршрутизация пациентов из медицинских организаций в региональные
сосудистые центры для оказания помощи при субарахноидальном
кровоизлиянии**

Региональные сосудистые центры	Наименование медицинских организаций, на базе которых функционируют неврологические отделения для больных с ОНМК
БУ ХМАО – Югры «Сургутская клиническая травматологическая больница» (региональный сосудистый центр) г. Сургут	Все медицинские организации