**Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения**

**«Туринская межрайонная больница»**

*648000 Красноярский край, Эвенкийский район, ул. Увачана д. 13а, п. Тура,*

*телефон/факс: (39170) 31-695*

**ПРИКАЗ**

***по Туринской межрайонной больнице***

***№ \_15/1\_\_\_ 09.01.2019 г.***

"Об утверждении Порядка оказания медицинской

помощи больным с острыми нарушениями

мозгового кровообращения в КГБУЗ Туринская МБ"

В соответствии со [статьей 37](garantF1://12091967.37) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 928н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения", с Приказом Министерства здравоохранения Красноярского края № 859-орг от 14.09.2019г, Письмом Министерства здравоохранения РФ от 3 марта 2016 г. N 17-6/10/2-1233 «Об оказании первой помощи при остром коронарном синдроме и при подозрении на инсульт»

приказываю:

Утвердить [Порядок](#sub_1000) оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в КГБУЗ Туринская МБ.

Главный врач КГБУЗ Туринская МБ Ж.С. Пичуева

# 

# Порядок оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в КГБУЗ Туринская МБ

Настоящий Порядок устанавливает правила оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в КГБУЗ Туринская МБ.

Оказание медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (далее – ОНМК) осуществляется в рамках последовательного процесса, начинающегося на догоспитальном этапе и продолжающегося в терапевтическом отделении КГБУЗ Туринская МБ.

Оказание медицинской помощи больным с ОНМК на догоспитальном этапе осуществляется бригадами скорой медицинской помощи в приделах п.Тура, в отдаленных поселках фельдшерами ФАПов.

Госпитализации (переводу в КГБУЗ Туринская МБ) подлежат пациенты с подозрением на ОНМК. Больных с тяжелыми коматозными состояниями и нарушенными витальными функциями (отсутствие самостоятельного дыхания), а также пациенты с тяжелой соматической патологией в стадии декомпенсации, психическими нарушениями госпитализируются в терапевтическое отделение после консультации с врачами-специалистами. Для целей настоящего Порядка к острым нарушениям мозгового кровообращения (далее - ОНМК) относятся состояния, соответствующие коду I64 (инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт) Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр). Медицинская помощь оказывается на основе стандартов медицинской помощи и алгоритма оказания помощи больным с ОНМК в Красноярском крае от 2015г.

При возникновении подозрения на ОНМК в условиях ФАП в срочном порядке фельдшер в телефонном режиме связывается с врачом терапевтом терапевтического отделения или неврологом КГБУЗ Туринская МБ, при необходимости с врачом реаниматологом, оценивает уровень сознания пациента (ясное сознание, умеренное оглушение, глубокое оглушение, сопор, кома), оценивает выраженность неврологического дефицита на основании догоспитальной шкалы LAMS согласно **Приложению 1**. При угнетении уровня сознания до сопора или комы, баллы по шкале LAMS не определяются, но указывается степень угнетения сознания (сопор или кома). Фельдшер также оценивает состояние пациента по шкале Ренкина (**Приложение 2**) до развития инсульта (в том числе со слов родственников), определяет уровень глюкозы крови, устанавливает периферический катетер, выполняет полученные рекомендации специалистов. Специалисты КГБУЗ Туринская МБ, в свою очередь, передают информацию фельдшеру санитарной авиации о данном случае, и пациент эвакуируется в КГБУЗ Туринская МБ.

Бригада скорой медицинской помощи (далее – СМП) должна оповестить терапевта терапевтического отделения и невролога, при необходимости реаниматолога в буднее время о транспортировке больного с подозрением на ОНМК, дежурного врача приемного покоя в вечернее время, выходные и праздничные дни.

Больные с признаками ОНМК при поступлении в приемный покой переводятся в реанимационное отделение (АРО). При отказе пациента или его родственников от госпитализации в терапевтическое отделение (реанимационное отделение) по поводу ОНМК оформляется письменный информированный отказ от госпитализации.

В приемном покое выполняется забор крови для определения количества тромбоцитов, содержания глюкозы в периферической крови, международного нормализованного отношения (далее - МНО), активированного частичного тромбопластинового времени (далее - АЧТВ), в течение 15-20 минут, после чего результат передается дежурному терапевту (или неврологу), при необходимости врачу реаниматологу.

При наличии легкого неврологического дефицита, среднетяжелом состоянии больного выполняется R-графия ОГК.

При необходимости выполняется повтор электрокардиографии (ЭКГ). Учитывая отсутствие в КГБУЗ Туринская МБ диагностического аппарата КТ для проведения нейровизуализации головного мозга, ведение пациентов с ОНМК консервативное.

При поступлении пациента с подозрением на ОНМК в экстренном порядке проводиться осмотр дежурным терапевтом (или неврологом) совместно с реаниматологом, которые оценивают жизненно важные функции (при наличии медицинских показаний осуществляет их коррекцию), общее состояние больного и неврологический статус и заполняет программу «Нейромониторинг».

Предоставление информации в программу «Нейромониторинг» осуществляется круглосуточно сразу после поступления пациента в стационар, дополнительная информация по дальнейшему обследованию вносится по мере выполнения. Дальнейшее консервативное лечение происходит с учетом рекомендаций специалистов ККБ по программе «Нейромониторинг» на месте.

Длительность пребывания больного с ОНМК в реанимационном отделении определяется тяжестью состояния больного, но не может быть менее 24 часов.

В отделении реанимации КГБУЗ Туринская МБ в течение 3 часов с момента поступления больным с ОНМК проводится оценка неврологического и соматического статуса, дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных сосудов.

В реанимационном отделении в течение всего срока пребывания больным с ОНМК проводятся:

* мониторирование неврологического статуса;
* мониторирование соматического статуса, включающее контроль за функцией сердечно-сосудистой, дыхательной системы и системы гомеостаза;
* начинается ранняя восстановительная реабилитация с соответствии с Алгоритмами ранней реабилитации пациентов в острый период ОНМК;
* вторичная профилактика тромбозов.

Дальнейший перевод пациентов с ОНМК в ККБ не осуществляется ввиду отдаленности и наличия только воздушного пути сообщения, т.к. при транспортировке таких пациентов высок риск смерти.

При стабилизации состояния пациента последующий перевод на реабилитацию в ФСНКЦ ФМБА г. Красноярска.

В случае развития транзиторной ишемической атаки (ТИА) ведение пациентов как при ОНМК с обязательным внесением информации в программу «Нейромониторинг».

**Приложение 1**

**Шкала догоспитальной оценки тяжести инсульта (LAMS)**

С целью оценки тяжести инсульта сотрудникам выездных бригад скорой медицинской помощи необходимо выполнить следующие действия:  
1) Оценка лицевой мускулатуры:  
Попросить пациента показать зубы, поднять брови, закрыть глаза, зажмурить глаза. Допускается демонстрация данных команд врачом. Оценить симметричность болевой гримасы в ответ на болевой стимул у пациентов, которые не могут понять медицинского работника (при речевых расстройствах).  
0 - нет асимметрии или минимальная асимметрия лица;  
1 - частичный или полный паралич мимической мускулатуры в нижней трети лица с одной стороны или полное отсутствие движений мимической мускулатуры в верхних и нижних отделах лица с одной стороны.  
2) Удержание рук:  
Руки следует вытянуть под углом 90 градусов (если пациент сидит) или 45 градусов (если пациент лежит на спине). Допускается демонстрация выполнения приема врачом у пациентов с афазией. Не допускается нанесение болевых стимулов.  
0 - руки удерживаются под углом 90 или 45 градусов без малейшего опускания;  
1 - одна рука медленно опускается, но производит некоторое сопротивление силе тяжести;  
2 - рука быстро падает без сопротивления силе тяжести.  
3) Сжать кисти в кулак:  
Попросить пациента плотно сжать указательный и средний пальцы в кулаке. Оценить силу сжатия с 2-х сторон.  
0 - сжимает симметрично, сила не снижена;  
1-е одной стороны сжимает слабее;  
2 - не сжимает, движения в кисти отсутствуют или имеют место минимальные движения.  
Сумма баллов: от 0 до 5.  
При угнетении уровня сознания до сопора или комы, балл по шкале LAMS не определяется. Вместо этого указывается степень угнетения сознания (сопор или кома).

**Приложение 2**

Шкала Рэнкина

0 – Нет симптомов.

1 – Отсутствие существенных нарушений жизнедеятельности, несмотря на наличие некоторых симптомов болезни; пациент способен выполнять все обычные повседневные обязанности.

2 – Легкое нарушение жизнедеятельности; пациент неспособен выполнять некоторые прежние обязанности, но справляется с собственными делами без посторонней помощи.

3 – Умеренное нарушение жизнедеятельности; потребность в некоторой помощи, но ходит самостоятельно.

4 – Выраженное нарушение жизнедеятельности; неспособен ходить без посторонней помощи, справляться со своими физическими потребностями без посторонней5 – Грубое нарушение жизнедеятельности; прикован к постели, недержание кала и мочи, потребность в постоянной помощи медицинского персонала.

6 – Смерть пациента.