

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ТА
ДОУНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ПІДГОТОВКИ
КАФЕДРА НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ**

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Покрокова інструкція надання медичної допомоги на догоспітальному етапі при гострому порушенні мозкового кровообігу.

Відбір пацієнтів для проведення тромболізу.

УЖГОРОД 2019

Методичні рекомендації

для лікарів станції (відділення) швидкої та невідкладної медичної допомоги та лікарів з фаху - "Загальна практика - сімейна медицина"

Курс :Нервові хвороби

Тема:Покрокова інструкція надання медичної допомоги на догоспітальному етапі при гострому порушенні мозкового кровообігу.

Затверджено на засіданні Вченої Ради факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Ужгородського національного університету 28.02.2019 р., протокол №7

Автори:

доктор медичних наук, професор неврології
Пулик Олександр Романович

Лікар-невролог, асистент кафедри нейрореабілітації
Гирявець Мирослава Василівна

Лікар-невролог, клінічний ординатор
Кушнірєвич Анастасія Леонідівна

ЗМІСТ

Зміст.....	3
Список скорочень.....	4
Вступ.....	5
Організація та надання медичної допомоги на догоспітальному етапі	5
Діагностичне та клінічне обстеження пацієнта проводиться в повному обсязі та фіксується у карті виїзду ШМД (форма 110/о).....	7
1. Лікувальна тактика.....	8
2. Обов'язкові не медикаментозні медичні втручання.....	9
3. Надання екстреної медичної допомоги.....	9
4. Протипоказані та nereкомендовані втручання у пацієнтів з підозрою на ГПМК.....	10
Госпіталізація пацієнта з підозрою на ГПМК.....	11
Дії лікарів пунктів невідкладної медичної допомоги для дорослого та дитячого населення.....	11
Порядок надання допомоги в Закарпатській області пацієнтам з ГПМК.....	13
Критерії відбору хворих для внутрішньовенної тромболітичної терапії при ішемічному інсульті.....	13
Додатки.....	16

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АГ	– артеріальна гіпертензія
АСК	– ацетилсаліцилова кислота
ГПМК	– гостре порушення мозкового кровообігу
ДАТ	– діастолічний артеріальний тиск
ЗОЗ	– заклад охорони здоров'я
ЛПМП	– локальні протоколи медичної допомоги
МДК	– мультидисциплінарна команда
САТ	– систолічний артеріальний тиск
сТЛТ	– системна тромболітична терапія
ТІА	– транзиторна ішемічна атака
ЦД	– цукровий діабет
ЧД	– частота дихання
ШМД	– швидка медична допомога
ABCDE	– алгоритм оцінки стану пацієнта
FAST	– шкала для догоспітальної діагностики інсульту (обличчя-рука-мова)
NIHSS	- Шкала тяжкості інсульту Національних інститутів здоров'я США

ВСТУП

Інсульт – це клінічний синдром швидкого розвитку ознак фокальної чи глобальної втрати мозкових функцій, які тривають понад 24 год або призводять до смерті за відсутності інших (несудинних) причин. Головним фактором ризику розвитку інсульту є артеріальна гіпертензія (АГ) – підвищення артеріального тиску (АТ) на 20/10 мм .рт. ст. подвоює ризик розвитку серцево-судинних ускладнень. Раннє виявлення та лікування АГ, заходи з первинної профілактики розвитку серцево-судинних ускладнень (інсульту, транзиторної ішемічної атаки (ТІА), виявлення та корекція факторів ризику, диспансерне спостереження пацієнтів з виявленими факторами ризику проводяться на первинному рівні надання медичної допомоги.

Інсульт відноситься до невідкладних станів і потребує надання екстреної медичної допомоги та термінової госпіталізації у заклади охорони здоров'я (ЗОЗ), які надають вторинну медичну допомогу.

!Лікування пацієнтів повинно відбуватися у спеціалізованих інсультних відділеннях!

Це знижує летальність на 20% та інвалідність на 30%, а також зменшує витрати, пов'язані з доглядом за хворим на всіх етапах надання медичної допомоги. Надання медичної допомоги на засадах доказової медицини знижує смертність та подальшу інвалідизацію у пацієнтів з гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК) – інсультом, ТІА.

Реабілітація пацієнтів з інсультом починається з перших діб їх перебування в інсультному відділенні.

Ефективність надання вторинної медичної допомоги забезпечується мультидисциплінарним підходом та наявністю фахівців мультидисциплінарної команди (МДК). Для забезпечення послідовності надання медичної допомоги пацієнтам з діагнозом ГПМК (а саме ішемічний інсульт, ТІА) у кожному лікувальному закладі доцільно розробляти та впроваджувати локальні протоколи медичної допомоги (ЛПМД), у яких буде визначено клінічний маршрут пацієнта та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення. Взаємодія між ЗОЗ, які надають первинну та вторинну медичну допомогу, може також бути визначена відповідним наказом управління охорони здоров'я в регіоні.

1. Організація та надання медичної допомоги на догоспітальному етапі

Діагноз: ГПМК, інсульт, не уточнений як крововилив чи інфаркт

1. Догоспітальний етап включає надання першої медичної та екстреної медичної допомоги пацієнтам із ГПМК з моменту виявлення або звернення такого пацієнта (чи його представників) за медичною допомогою до моменту госпіталізації.

2. Надання першої медичної або екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі здійснюється: службою швидкої медичної допомоги (ШМД);

- бригадами пунктів невідкладної медичної допомоги для дорослого та дитячого населення;
- лікарями загальної практики – сімейними лікарями (у випадках виявлення такого пацієнта на дому або на прийомі).

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

4. Особам із ГПМК, у т.ч. з транзиторними порушеннями мозкового кровообігу (ТІА), необхідно забезпечити термінову госпіталізацію в межах «вікна терапевтичних можливостей» у відповідні ЗОЗ, які надають вторинну медичну допомогу.

5. Швидка діагностика ознак ГПМК на догоспітальному етапі скорочує час для встановлення діагнозу та транспортування хворого до відповідних ЗОЗ.

6. Пацієнти з підозрою на ГПМК можуть бути визнані кандидатами для проведення системного тромболітичного лікування на догоспітальному етапі.

- Кандидатами на проведення **тромболітичного лікування** – системної тромболітичної терапії (сТЛТ) – можуть бути особи віком від 18 до 75 років, **у яких точно визначений час** появи перших ознак ГПМК і які перебувають в періоді «вікна терапевтичних можливостей».
- «Вікном терапевтичних можливостей» для введення болусурекомбінантного тканинного активатора плазміногену (альтеплазе) при проведенні сТЛТ визнаний період, що починається від моменту точно встановленого часу появи перших симптомів ГПМК та закінчується через **3 - 4,5 год.**
- Пацієнти, які на догоспітальному етапі визнані «кандидатами на проведення сТЛТ», повинні бути негайно доставлені до центру, який виконує такі процедури.

7. Усі особи з підозрою на ГПМК незалежно від статі, віку та інших факторів після надання екстреної медичної допомоги підлягають терміновій госпіталізації у ЗОЗ.

8. У структурних підрозділах з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій обов'язково повинен бути розроблений та затверджений ЛПМД, який регламентує організацію, взаємодію підрозділів та надання допомоги пацієнтам з ГПМК на догоспітальному етапі на регіональному рівні.

9. Наявний ЛПМД сприятиме організації ефективного використання часу від початку захворювання до моменту госпіталізації у відповідний ЗОЗ, збереже час в межах «вікна терапевтичних можливостей» для надання спеціалізованого тромболітичного лікування (сТЛТ).

10. ЛПМД необхідно довести до кожного, хто бере участь у наданні медичної допомоги на догоспітальному етапі.

Прибуття бригади ШМД на місце виклику визначається відповідно до нормативу надання екстреної медичної допомоги в межах 10-хвилинної транспортної доступності в містах та 20-хвилинної транспортної доступності у сільській місцевості з урахуванням чисельності та густоти проживання населення, стану транспортних магістралей, інтенсивності руху транспорту.

2. Діагностичне та клінічне обстеження пацієнта проводиться в повному обсязі та фіксується у карті виїзду ШМД (форма 110/о).

Необхідні дії лікарястанції(відділення) швидкої та невідкладної медичної допомоги та лікарів з фаху - "Загальна практика - сімейна медицина"

Обов'язкові

1. Збір анамнезу.

1. Збір анамнезу захворювання.

- Встановити точний час початку захворювання.
- Виявити скарги пацієнта на момент початку захворювання (наявність головного болю, нудоти, блювання, порушення мови, чутливості та активних рухів у кінцівках).
- Установити швидкість наростання симптомів.
- Визначити ступінь інвалідизації пацієнта до моменту огляду.
- За наявності інсульту в анамнезі з'ясувати, які резидуальні зміни були присутні, а які з'явилися на момент огляду.

2. Збір анамнезу життя.

- Виявити загальний алергологічний анамнез та алергічні реакції на прийом лікарських засобів.
- Установити, які медикаментозні препарати приймає пацієнт щоденно.
- Виявити, які лікарські засоби пацієнт приймав перед розвитком перших ознак хвороби.

- Установити наявність в анамнезі інших супутніх захворювань: АГ, цукрового діабету (ЦД), захворювань серцево-судинної системи, аритмії, порушення мозкового кровообігу.
2. Проведення фізичного обстеження.
 - Оцінка загального стану і життєво-важливих функцій: свідомості, дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE (додаток № 1).
 - За показаннями усунути порушення життєво-важливих функцій організму – дихання, кровообігу.
 - Візуальна оцінка.
 - Уважно оглянути та пальпувати м'які тканини голови (для виявлення черепно-мозкової травми).
 - Оглянути зовнішні слухові та носові проходи (для виявлення лікворореї і гематореї).
 3. Оцінка неврологічного статусу пацієнта.
 - Рівень свідомості за шкалою коми Глазго (додаток № 3).
 - Ознаки інсульту за шкалою «мова-рука-обличчя-час» (FAST) (додаток № 4).
 4. Проведення лабораторного обстеження: визначення рівня глюкози в крові за допомогою портативного глюкометра.
 5. Проведення інструментального обстеження.

Необхідні обов'язкові дії лікаря

 - визначення АТ непрямим методом (методом Короткова);
 - вимірювання температури тіла;
 - електрокардіографія (ЕКГ) або передача біометричних ЕКГ-сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ.

Бажані

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

Лікувальна тактика

У половини пацієнтів з першим інсультом виникають порушення ковтання, тому необхідно запобігти аспірації і розвитку надалі аспіраційної пневмонії.

Обов'язкові немедикаментозні медичні втручання

1. Надати правильне положення тілу хворого: на спині, з піднятим головним кінцем медичних нош-каталки до кута 30° або за допомогою підручних засобів.
2. Застосувати стандартні методи для відновлення прохідності дихальних шляхів та профілактики аспірації.
 - Для покращення прохідності верхніх дихальних шляхів необхідно:

- забезпечити вільне дихання: розстібнути тугий комірець, запобігти закиданню голови назад або надмірному згинанню голови;
 - повернути голову набік;
 - вийняти зубні протези з ротової порожнини.
- Для проведення заходів з профілактики аспірації:
- при огляді на місці виклику необхідно підняти край ліжка, на якому розташована голова пацієнта;
 - за необхідності здійснити санацію верхніх дихальних шляхів.

3. Проведення оксигенотерапії.

- Кисневу терапію доцільно проводити особам, у яких є клінічні ознаки порушення функції зовнішнього дихання та/або насичення крові киснем (сатурація) < 95%.
- При порушенні свідомості інгаляція кисню проводиться обов'язково.
- Штучна вентиляція легень показана при бради-пноє (частота дихання [ЧД] < 12 вдих/хв), тахі-пноє (ЧД > 35-40 вдих/хв), сатурації < 95%, зростаючому ціанозі шкірних покривів.

4. Забезпечення венозного доступу.

Забезпечення венозного доступу проводиться шляхом виконання стандартної процедури венозної пункції з дотриманням заходів асептики/антисептики катетером для внутрішньовенної пункції № 18 або № 20, який ретельно фіксується пов'язкою.

Надання екстреної медичної допомоги

- Рекомендований **контроль** рівня АТ.
- Рекомендоване визначення та корекція рівня глюкози в крові

Різде зниження АТ може призвести до погіршення стану пацієнта, тому через складність адекватного контролю темпів зниження АТ застосування антигіпертензивної терапії у пацієнтів з ГПМК на догоспітальному етапі у більшості випадків не рекомендоване.

Некоригований високий або низький рівень глюкози в крові впливає на подальший перебіг захворювання.

Необхідні обов'язкові дії лікаря

1. Контроль і корекція АТ.

NB! Корекція АТ не проводиться у разі виявлен ня систолічного АТ (САТ) < 220 мм рт. ст. та/або діастолічного АТ (ДАТ) < 120 мм рт. ст. У випадку коли у пацієнта виявлено значне підвищення АТ: САТ > 220 мм рт. ст. та/або ДАТ > 120 мм рт. ст. – антигіпертензивна терапія може бути призначена під контролем АТ.

NB! АТ можна знизити не більше ніж на 10-15%.

Зниження АТ може бути проведене з використанням таких лікарських засобів:

- а-, b-адреноблокатори (лабеталол 5-20 мг болюсно, а за необхідності постійна інфузія 2-5 мг/хв),
- селективні а-адреноблокатори (урапідил 1,25-2,5 мг внутрішньовенно болюсно з наступною інфузією 5-40 мг/год),
- селективні b-адреноблокатори (есмолол 250-500 мг внутрішньовенно болюсно з наступною інфузією 50-100 мкг/кг/хв,
- метопролол 5-10 мг болюсно),
- інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (еналаприл 0,625-1,25 мг внутрішньовенно струйно протягом 5 хв).

2. Інфузійна терапія.

Проводиться введення 0,9% розчину натрію хлориду зі швидкістю 100 мл/год.

3. Корекція рівня глюкози.

При виявленні рівня глюкози у крові < 3,0 ммоль/л необхідно ввести 40-80 мл 20% розчину глюкози внутрішньовенно болюсно.

4. Судомний синдром.

Діазепам внутрішньовенно 10-20 мг (2-4 мл), у разі необхідності повторного введення – 20 мг внут-рішньо-м'язово або внутрішньовенно крапельно.

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

NB! Протипоказані та nereкомендовані втручання у пацієнтів з підозрою на ГПМК

- Призначення ацетилсаліцилової кислоти (АСК) або іншої антитромбоцитарної терапії до проведення нейровізуалізації.
- Сублінгвальне та внутрішньом'язове введення антигіпертензивних препаратів у зв'язку з непередбачуваним фармакодинамічним ефектом.
- Застосування ніфедипіну короткої дії, оскільки швидкість та ступінь зниження АТ при його прийомі (особливо сублінгвально) важко контролювати, у зв'язку з чим підвищується ризик ішемії мозкових або вінцевих судин.
- Застосування фуросеміду для лікування набряку мозку через можливе різке зниження АТ та поглиблення ішемії мозку
- Введення розчинів глюкози, колоїдних розчинів.
- Введення нефракціонованого гепарину, гепарину низької молекулярної маси і гепариноїдів.
- Застосування кальцію хлориду, менадіону або аскорбінової кислоти для зупинки кровотечі при підозрі на геморагічний інсульт (починають діяти

через декілька діб, ефективність при гострому порушенні мозкового кровообігу не досліджувалась).

- Натепер відсутні докази ефективності лікування гострого ішемічного інсульту за допомогою нейропротекторних та ноотропних препаратів, препаратів бурштинової кислоти, введення таких лікарських засобів на догоспітальному етапі не рекомендоване.

3. Госпіталізація пацієнта з підозрою на ГПМК

Термінова госпіталізація пацієнта у визначені ЗОЗ вторинної медичної допомоги.

Необхідні обов'язкові дії лікаря

- 1) Транспортування пацієнта в автомобілі ШМД відбувається з піднятим головним кінцем медичних нош-каталки до кута 30°.
- 2) Термінова госпіталізація хворого проводиться у ЗОЗ: у відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги лікарні, спеціалізовані інсультні відділення, лікарню ШМД (або у багатопрофільну лікарню [клінічну лікарню] інтенсивного лікування).
- 3) Пацієнти з ТІА підлягають обов'язковій терміновій госпіталізації.
- 4) Хворий госпіталізується у супроводі родичів або інших представників (за можливістю).
- 5) Керівник бригади ШМД повинен повідомити ЗОЗ про пацієнта з ГПМК, який перебуває в межах «вікна терапевтичних можливостей» як про можливого кандидата на проведення сТЛТ способом, узгодженим в ЛПМД.

4. Дії лікарів пунктів невідкладної медичної допомоги для дорослого та дитячого населення

При отриманні виклику від пацієнта (його родичів) зі скаргами, які можуть свідчити про симптоми ГПМК, лікар пункту невідкладної медичної допомоги для дорослого та дитячого населення повинен сприяти швидкому доступу таких пацієнтів до екстреної медичної допомоги та термінової госпіталізації.

Необхідні обов'язкові дії лікаря

1. Здійснити виїзд за викликом в терміновому порядку.
2. Провести швидкий збір анамнезу:
 - установити точний час появи перших ознак захворювання;
 - зафіксувати скарги пацієнта на момент початку захворювання;
 - виявити загальний алергологічний анамнез та алергічні реакції на прийом лікарських засобів;

- установити, які медикаментозні препарати приймає хворий щоденно;
- виявити, які лікарські засоби він приймав перед розвитком перших ознак хвороби;
- визначити наявність в анамнезі інших супутніх захворювань: АГ, ЦД, захворювань серцево-судинної системи, аритмії, порушення мозкового кровообігу.

3. Провести обстеження клінічного стану пацієнта та необхідну діагностику.

- Фізичне обстеження:
 - оцінка загального стану і життєво важливих функцій: свідомості, дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE (додаток № 1);
 - у разі необхідності надати першу медичну допомогу або здійснити комплекс реанімаційних заходів.
- Оцінювання неврологічного статусу пацієнта.
 - Ознаки інсульту за шкалою FAST (додаток № 4).
- Лабораторні обстеження.
 - Бажані: визначення рівня глюкози у крові за допомогою портативного глюкометра.
- Інструментальні обстеження.
 - Обов'язкові: визначення АТ непрямим методом (методом Короткова) на обох руках;
 - Обов'язкові: вимірювання температури тіла.
 - Бажані: ЕКГ або передача біометричних ЕКГ-сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ.

4. Надання першої медичної допомоги.

- Надати правильне положення тілу пацієнта. Правильне положення тіла пацієнта: на спині, з піднятим головним кінцем медичних нош-каталки до кута 30° або за допомогою підручних засобів.
 - Для профілактики аспірації необхідно повернути голову набік.
 - У разі порушення функції дихання та кровообігу, що загрожує життю, діяти за алгоритмом ABCDE (додаток № 1).
- Забезпечити організацію термінової госпіталізації пацієнта у ЗОЗ, який надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу:
 - викликати службу ШМД;
 - обов'язково дочекатися приїзду бригади ШМД;
 - для збереження часу надати керівникові ШМД відомості з анамнезу пацієнта та вказати час виникнення перших симптомів ГПМК.

5. Порядок надання допомоги в Закарпатській області пацієнтам з ГПМК

1. Усі пацієнти на ГПМК без порушення рівня свідомості (у межах терапевтичного вікна, т.т. до 2-х годин від початку захворювання) транспортуються першочергово санітарним транспортом бригад ЕМД: до мультидисциплінарних міжрегіональних госпітальних центрів з надання першочергової невідкладної стаціонарної допомоги пацієнтам з гострим порушенням мозкового кровообігу із виконанням тромболітичної терапії, зокрема:

1.1. мешканці Ужгородського, Великоберезнянського та Перечинського районів області та міста Ужгород - до **Ужгородської центральної міської клінічної лікарні** (відділення судинної неврології);

1.2. мешканці Мукачівського, Берегівського, Воловецького та Свалявського районів та міста Мукачево - до **Мукачівської центральної районної лікарні** (судинний блок неврологічного відділення);

1.3. мешканців Хустського, Виноградівського, Іршавського та Міжгірського районів - до **Хустської районної лікарні** (інсультний блок неврологічного відділення);

1.4. мешканців Тячівського та Рахівського районів - до **Тячівської районної лікарні** (інсультний блок реанімаційного відділення).

2. Усі інші хворі на гостре порушення мозкового кровообігу із порушенням свідомості (до 2 годин від початку захворювання) та поза межами терапевтичного вікна (більше 2 годин від початку захворювання) транспортуються для госпіталізації у центри з надання першочергової невідкладної стаціонарної допомоги пацієнтам з гострим порушенням мозкового кровообігу при центральних районних лікарнях, районних та міських лікарнях.

Критерії відбору хворих для внутрішньовенної тромболітичної терапії при ішемічному інсульті

	Показання для проведення системного тромболілізу (ВСІ відповіді "ТАК")	Відповідь	
		ТАК	НІ
1.	Хворий старше 18 і молодше 80 років?		
2.	Час появи перших симптомів інсульту достеменно відомий?		
3.	Оцінка за шкалою NINSS* знаходиться в межах 5-20 балів?		
4.	Є можливість ввести болус альтеплазе не пізніше 3 годин після появи перших симптомів інсульту або того моменту, коли пацієнта бачили в його звичайному стані?		
5.	Пацієнт і/або його близький родич (представник) отримали повну інформацію про діагноз, імовірні наслідки захворювання, потенційні переваги та ризики тромболітичної терапії?		
6.	Згідно з результатами КТ або МРТ відсутні дані на користь внутрішньочерепного крововиливу, пухлини мозку (за винятком менінгіоми), артеріо-венозної мальформації, великої аневризми судин мозку, свіжого інфаркту мозку (давність менше 3 міс.) або ранні ознаки		

	масивного супратенторіального інфаркту (ішемічні зміни більш як на 1/3 басейну середньої мозкової артерії, значний мас-ефект)?		
Протипоказання для проведення тромболісису (всі відповіді "ТАК")			
7.	Раніше були внутрішньочерепні крововиливи ви або не можна виключити субарахноїдальний крововилив?		
8.	Є порушення свідомості до рівня сопора чи коми?		
9.	Рівень гемоглобіну менше 100 або кількість тромбоцитів менша за 100 тис. в мм ³ ?		
10.	Пацієнт переніс черепно-мозкову травму або ішемічний інсульт впродовж останніх 3 міс.?		
11.	Не вдається стабілізувати АТ і є стійка тенденція до значної гіпертензії (систоличний АТ>185 мм рт.ст. чи діастолічний АТ>110 мм рт. ст. після введення двох гіпотензивних засобів)		
12.	Є підстави підозрювати стан гіпокоагуляції (лікування непрямими антикоагулянтами та МНВ≥1,5 або лікування гепарином та АЧТЧ вище норми [†])?		
13.	На момент огляду є ознаки кровотечі чи гострої травми (перелому) ?		
14.	Рівень глюкози крові нижче ніж 2,7 ммоль/л чи вище ніж 22 ммоль/л?		
15.	Впродовж останніх 3 тижнів були кровотечі із шлунково-кишкового тракту чи сечостатевої шляхів (за винятком нормальної менструації)?		
16.	Пацієнт страждає на хронічну печінкову чи ниркову недостатність, варикозне розширення вен стравоходу, активну виразку шлунку чи 12-палої кишки, виразковий коліт, гострий гепатит чи панкреатит?		
17.	Пацієнту робили великі операції впродовж останніх 2 тижнів, малі операції чи інвазивні втручання (люмбальна пункція, лапаро- чи торакоцентез, біопсію внутрішніх органів, закритий масаж серця) впродовж останніх 10 днів, пункцію артерій чи вен, які важко притиснути (наприклад, підключичної вени) за останні 7 діб?		
18.	Чи є підстави підозрювати інфекційний ендокардит (наприклад, підвищення температури тіла, шуми під час аускультатії серця, збільшення селезінки, гематурія) або гострий перикардит?		
19.	Чи є схильність до кровоточивості чи ознаки геморагічних діатезів?		
20.	Систоличний тиск нижче за 90 мм рт. ст. або діастолічний тиск нижче 50 мм рт. ст.?		
21.	Пацієнт переніс тяжкий інфаркт міокарда у останні 3 місяці?		
22.	Захворювання почалося з епілептичного нападу?		
23.	Чи страждав пацієнт до цього захворювання на тяжкі захворювання (злоякісні утворення, деменція), чи був залежним від сторонньої допомоги		
24.	Пацієнтка вагітна або може народити дитину впродовж найближчих 10 днів?		
25.	На момент прийняття рішення про проведення тромболісису оцінка за шкалою NIHSS менше 5 або більше 25 балів?		

ОЦІНКА СТАНУ ПАЦІЄНТА - ЗА АЛГОРИТМОМ ABCDE

1. А - прохідність дихальних шляхів (Airway)

1.1. Визначте симптоми непрохідності дихальних шляхів: виникнення парадоксального дихання та участь у диханні додаткових дихальних м'язів; центральний ціаноз є пізнім симптомом непрохідності дихальних шляхів; у пацієнтів, які знаходяться у критичному стані порушення свідомості часто спричиняє порушення прохідності дихальних шляхів (западання язика, м'якого піднебіння).

1.2. Кисень у високій концентрації: за допомогою маски з резервуаром; переконайтесь, що подача кисню достатня (> 10 л/хв).

2. В - дихання (Breathing)

Під час оцінки дихання важливо визначити та лікувати стани, які є безпосередньою загрозою для життя - важкий напад астми, набряк легень, напружений пневмоторакс, гемоторакс.

2.1. Визначте симптоми, які можуть свідчити про порушення дихання: надмірна пітливість, центральний ціаноз, робота додаткових м'язів або черевний тип дихання.

2.2. Визначте ЧД - в нормі це 12-20 вдихів за хв.

2.3. Оцініть спосіб дихання, глибину вдихів та перевірте, чи рухи грудної клітки симетричні.

2.4. Зверніть увагу на надмірне наповнення шийних вен (наприклад, при важкій астмі або напруженому пневмотораксі), наявність та прохідність плеврального дренажу та інше.

2.5. Проведіть аускультацию та перкусію легень.

2.6. Визначте положення трахеї - її зміщення може свідчити про напружений пневмоторакс, фіброз легень або рідину у плевральній порожнині.

3. С - кровообіг (Circulation)

3.1. Оцініть колір шкіри на відкритих частинах (кисті): синя, рожева, бліда або мармурова.

3.2. Оцініть температуру кінцівок: холодна чи тепла.

3.3. Оцініть капілярне наповнення - в нормі до 2 сек. Збільшене капілярне наповнення може вказувати на знижену периферійну перфузію.

3.4. Оцініть наповнення вен - можуть бути помірно наповнені або запалі при гіповолемії.

3.5. Визначіть ЧСС. Знайдіть периферійний пульс та пульс на великій артерії, оцініть його наявність, частоту, якість, регулярність та симетричність.

3.6. Поміряйте артеріальний тиск.

3.7. Вислухайте тони серця.

3.8. Зверніть увагу на інші симптоми, які свідчили б про зниження викиду серця, такі як порушення свідомості, олігоурія (об'єм сечі < 0,5 мл/кг/год.).

4. D - порушення стану свідомості (Disability)

До частих причин порушень, стану свідомості належать важка гіпоксія, гіперкапнія, ішемія мозку або застосування заспокійливих ліків чи анальгетиків.

4.1. Оцініть зіниці (діаметр, симетричність та реакцію на світло).

4.2. Швидко оцініть стан свідомості пацієнта за шкалою AVPU: Alert (орієнтується), Vocal (реагує на голос), Pain (реагує на біль), Unresponsive (не реагує на жодні подразники). Можна застосувати **також** шкалу Глазго (GlasgowComaScale).

4.3. Визначте рівень глюкози, щоб виключити гіпоглікемію. Якщо рівень глюкози нижче ніж 3 ммоль/л, забезпечте в/в 50 мл 20% розчину глюкози.

5. E - додаткова інформація (Exposure)

5.1. Зберіть детальний анамнез у пацієнта, його рідних, друзів.

Ознайомтесь з документацією пацієнта: перевірте показники життєвих параметрів, та їх зміни у динаміці, перевірте, які ліки пацієнтові приписані і які він приймає

АЛГОРИТМ ПРИЙОМУ ВИКЛИКУ ДИСПЕТЧЕРОМ ШМД при підозрі на ГПМК

1. Питання, які повинен задати диспетчер людині, яка телефонує:

- 1) Вік хворого
- 2) Чи може людина підняти одночасно 2 руки: так ні
- 3) Чи є у людини порушення мовлення: так ні
- 4) Час виникнення перерахованих вище симптомів

2. Поради диспетчера абоненту:

1. Створіть пацієнту спокійну обстановку.
2. Не давайте пацієнту їсти та пити.
3. Знайдіть лікарські засоби, які приймає пацієнт та приготуйте їх до прибуття швидкої медичної допомоги.
4. Не залишайте пацієнта без нагляду.

Шкала коми Глазго (GlasgowComaScale - GCS)

Активність		Оцінка
Відкривання очей		
Відсутнє	Навіть при натисканні на верхній край орбіти	1
У відповідь на біль	Біль при натисканні на грудину, кінцівку, верхній край орбіти	2
У відповідь на мову	Неспецифічна відповідь, не обов'язково на команду	3
Спонтанне	Очі відкриті, але хворий не обов'язково в свідомості	4
Рухова відповідь*		
Відсутня	На будь-який біль; кінцівки залишаються атонічними	1
Розгинальна відповідь	Приведення плеча, внутрішня ротація плеча та передпліччя	2
Згинальна відповідь	Реакція відсмикування або припущення про геміплегічну позу	3
Відсмикування	Відсмикування руки як спроба уникнути болювого подразнення, відведення плеча	4
Локалізація болю	Рух рукою, спрямований на усунення тиснення на грудину або верхній край орбіти	5
Виконання команд	Виконання простих команд	6
Мовна відповідь**		
Відсутня	Відсутність будь-якої вербалізації	1
Нечленороздільна відповідь	Стогін, нечленороздільні звуки	2
Недоречна відповідь	Відповідь зрозуміла, але недоречна, відсутність зв'язаних речень	3
Сплутаність мови	Підтримує розмову, однак відповідь сплутана, дезорієнтована	4
Орієнтована відповідь	Підтримує розмову, адекватна відповідь	5
		Всього (3-15):

Примітка.:

* Слід мати на увазі, що реалізації рухових реакцій може заважати наявність плегії або парезу з однієї чи обох сторін.

** При відсутності мови, «мовній нісенітниці» або невиконанні інструкцій при явно достатньому рівні притомності, слід мати на увазі можливість афатичних порушень.

Відповідність рівня свідомості і сумарної оцінки по шкалі ком Глазго

Ясна свідомість	15
Оглушення	13-14
Сопор	9-12
Кома	4-8
Смерть мозку	3

Шкала FAST (обличчя - рука - мова) для догоспітальної діагностики інсульту

УВАГА на виконання тесту відводиться до 7 хвилин!

1. Порушення мови	<input type="checkbox"/> так	Необхідно виявити ознаки порушення мовлення, що виникли вперше (спитати про настання таких порушень вперше у оточуючих або родичів, відмітити нерозбірливість мовлення, труднощі в розумінні мови пацієнтом, виконанні простих команд та назві знайомих предметів чи повторенні речення).
	<input type="checkbox"/> ні	
2. Парез мимічної мускулатури	<input type="checkbox"/> так	Необхідно виявити асиметрію обличчя, яка виникла вперше, в спокої та при виконанні команди посміхнутися чи показати вищирені зуби.
	<input type="checkbox"/> ні	
Уражена сторона обличчя	<input type="checkbox"/> ліва <input type="checkbox"/> права	Відмітьте сторону ураження (сторона де виражений парез мускулатури).
3. Слабкість в руці	<input type="checkbox"/> так	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, якщо одна із двох рук опустилася. Відмітьте сторону ураження - ту де рука опустилася швидше.
Уражена рука	<input type="checkbox"/> ні	
	<input type="checkbox"/> ліва <input type="checkbox"/> права	
Висновок:		

Шкала тяжкості інсульту Національних інститутів здоров'я США (NIHSS)

Загальні правила: При оцінці стану пацієнта необхідно послідовно дотримуватись розділів шкали, реєструючи бали в кожному із підрозділів по черзі. Повертатися назад та змінювати раніше виставлені бали ЗАБОРОНЕНО. Оцінка повинна відображати те, що **робить пацієнт**, виконуючи ваші команди, а не те, що **може зробити пацієнт** на думку дослідника. Реєструйте відповіді та бали пацієнта впродовж дослідження, працюйте швидко. Не тренуйте хворого, щоб досягти виконання тієї чи іншої команди, якщо це не передбачено.

Ознака		Оцінка за шкалою (бали)	Оцінка пацієнта (бали)
1а. Рівень свідомості	0	Ясна свідомість, живі реакції	
	1	Оглушення та/або сомноленція, можливо досягти виконання інструкцій при мінімальній стимуляції	
	2	Глибоке оглушення або сопор, реагує, тільки на сильні та больові подразники, але рухи не стереотипні	
	3	Атонія, арефлексія та відсутність реакції або відповіді на подразники складаються із рефлекторних нецілеспрямованих рухів та/або вегетативних реакцій	
1б. Рівень свідомості: відповіді на запитання	0	Правильні відповіді на обидва запитання	
	1	Правильна відповідь на одне запитання	
	2	Не відповів на жодне із запитань	
1в. Рівень свідомості: виконання команд	0	Виконав обидві команди	
	1	Виконав одну команду	
	2	Не виконав жодної команди	
2. Рух очних яблук	0	Норма	
	1	Частковий парез зору, порушений рух одного або обох очей, але немає тонічної девіації очних яблук та повного паралічу зору	
	2	Тонічна девіація очних яблук або повний параліч зору, який зберігається при перевірці окулоцефалічних рефлексів	
3. Поля зору	0	Поля зору не порушені	
	1	Часткова геміанопсія	

	2	Повна геміанопсія		
	3	Сліпота (включаючи кіркову)		
4. Порухення функції лицьового нерву	0	Нормальні симетричні рухи м'язів		
	1	Легкий парез м'язів (згладженість носо-губної складки, асиметрична посмішка)		
	2	Помірний прозопапарез (повний або виражений парез нижньої групи м'язів)		
	3	Параліч однієї або обох половин обличчя (відсутність рухів у верхній та нижній половинах обличчя)		
5. Сила м'язів верхньої кінцівки		<i>Кожна кінцівка оцінюється окремо</i>	5а. Права рука	5б. Ліва рука
	0	Кінцівка не опускається впродовж 10 секунд		
	1	Рука починає опускатися до закінчення 10 секунд, але не торкається ліжка або іншої поверхні		
	2	Рука утримується якийсь час, але впродовж 10 секунд вже торкається горизонтальної поверхні		
	3	Рука падає зразу, але в ній є рухи		
	4	Рухи в кінцівці відсутні		
	ДН	Дослідити неможливо. Причина:		
6. Сила м'язів нижньої кінцівки		<i>Кожна кінцівка оцінюється окремо</i>	6а. Права нога	6б. Ліва нога
	0	Кінцівка не опускається впродовж 5 секунд		
	1	Нога починає опускатися до закінчення 5 секунд, але не торкається ліжка		
	2	Нога утримується якийсь час, але впродовж 5 секунд вже торкається горизонтальної поверхні		
	3	Нога падає зразу, але в ній є рухи		
	4	Рухи в кінцівці відсутні		
	ДН	Дослідити неможливо. Причина:		
7. Атаксія в кінцівках	0	Атаксія відсутня		
	1	Атаксія однієї кінцівки		

	2	Атаксія обох кінцівок	
	ДН	Дослідити неможливо. Причина:	
8. Чутливість	0	Норма	
	1	Легка чи помірна гемігіпестезія; на ураженій стороні пацієнт відчуває уколи як менш гострі або як дотик	
	2	Тяжка гемігіпестезія або геміанестезія; пацієнт не відчуває ні уколів, ні дотиків	
9. Мовлення	0	Норма	
	1	Легка чи помірна афазія: мова спотворена або порушене розуміння, але пацієнт може висловити свою думку та зрозуміти дослідника	
	2	Тяжка афазія; Можлива лише фрагментарна комунікація, розуміння мови пацієнта дуже ускладнено, із слів пацієнта дослідник не може зрозуміти, що представлено на малюнках	
	3	Мутизм (німота), тотальна афазія: пацієнт не може висловити "ані пари з вуст" та абсолютно не розуміє мови, коли до нього звертаються	
10. Дизартрія	0	Норма	
	1	Легка або помірна дизартрія; деякі звуки "змазані", вимовляються нечітко, розуміння слів викликає деякі труднощі	
	2	Груба дизартрія; слова спотворені до відсутності впізнання (афазія не є причиною цього) або підмічається анартрія/мутизм.	
	ДН	Дослідити неможливо. Причина:	
11. Гемі-ігнорування (ніглект)	0	Норма	
	1	Виявлення ознак геміігнорування одного виду подразників (зорових, сенсорних, слухових)	
	2	Виявлення ознак геміігнорування більше, ніж одного виду подразників. Не впізнає руку або сприймає лише половину простору	
Загальна оцінка стану пацієнта за шкалою NIHSS (в балах)			