

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони здоров'я  
17.04.2014 № 275

# ГЕМОРАГІЧНИЙ ІНСУЛЬТ (внутрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив)\*

*Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної/  
спеціалізованої, третинної/високоспеціалізованої медичної допомоги  
та медичної реабілітації\*\**

## IV. ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ

### 1. Нейрохірургічні втручання при геморагічному інсульті

#### Положення протоколу

Переведенню в нейрохірургічне відділення підлягають пацієнти з наступними діагнозами:

- субарахноїдальний крововилив;
- внутрішньомозкові півкульні і мозочкові інсульт-гематоми, оболонкові гематоми і вентрикулярні крововиливи, які обумовлені патологічними змінами церебральних судин (аневризми, артеріовенозні мальформації, кавернозні ангіоми, новоутворення);
- внутрішньомозкові інсульт-гематоми (півкульні, мозочкові), включаючи вентрикулярні крововиливи, при яких показане нейрохірургічне лікування.

#### Обґрунтування

Хірургічні втручання при церебральних аневризмах і АВМ виконуються в нейрохірургічних відділеннях, оснащених відповідним сучасним діагностичним устаткуванням (АКТ або МРТ, цифрова субтракційна церебральна ангіографія, транскраніальна доплерографія), обладнанням для проведення мікрохірургічних операцій (операційний мікроскоп для нейрохірургічних втручань, мікрохірургічний інструментарій, ангіограф із конфігурацією для нейроінтервенційних втручань) і необхідними витратними виробами медичного призначення (кліпси, спіралі, катетерні системи, клейові емболізуючі композиції та ін.).

\* Початок див. у Журналі Неврологія ім. Б.М. Маньковського' 2015, том 3, № 2.  
\*\* Із незначними правками та скороченнями.

Першочергове значення в досягненні позитивних результатів при хірургічному або ендovasкулярному лікуванні даної патології має набуття достатнього рівня відповідної теоретичної і практичної підготовки спеціалістів.

Своєчасне проведення хірургічного виключення аневризм і АВМ із кровообігу дозволяє попередити повторні інтракраніальні геморагії і проводити активну інфузійну терапію, спрямовану на попередження артеріального спазму і його наслідків.

#### Протипоказання для переведення пацієнтів у нейрохірургічне відділення:

1. Тяжкість стану за ШКГ 5 балів і менше.
2. Супутня хронічна соматична патологія з грубими порушеннями вітальних функцій.
3. Термінальний стан хворого.

#### Види ургентних нейрохірургічних втручань при геморагічному інсульті

##### 1. Видалення інсульт-гематом супра- та субтенторіальної локалізації за наявності дислокаційно-компресійного синдрому і ліквородинамічних порушень:

- за відсутності патології судин головного мозку як етіологічного чинника (аневризма, АВМ, кавернома) видалення гематоми півкуль головного мозку і мозочка;
- за наявності патології судин головного мозку як етіологічного чинника (аневризма, АВМ, кавернома) хірургічне лікування включає видалення гематоми і ліквідацію причини геморагії (кліпування або ендovasкулярна емболізація аневризми, видалення АВМ або каверноми).

## 2. Зовнішнє дренування шлуночкової системи при розвитку ліквородинамічних порушень:

- інтравентрикулярний або паренхіматозно-вентрикулярний крововилив, за показаннями вентрикулярний фібриноліз;
- крововилив у стовбурові структури і мозочок;
- гостра арезорбтивна гідроцефалія після САК.

## 3. Виключення артеріальних аневризм у гострому періоді САК:

- мікрохірургічне (реконструктивне або деконструктивне);
- ендovasкулярне (реконструктивне або деконструктивне);
- комбіновані види лікування.

## Планове видалення інсульт-гематом за наявності патології судин головного мозку (АВМ, кавернома) і ліквідація причини геморагії (видалення АВМ або каверноми)

- компенсований дислокаційний синдром і контрольована інтракраніальна гіпертензія.

Спостереження, медикаментозна, симптоматична терапія — інсульт-гематоми супра- та субтенторіальної локалізації, при яких не показано хірургічне лікування.

Виключення АВМ (після крововиливів, при яких не показано ургентне втручання):

- мікрохірургічне;
- ендovasкулярне (суперселективна емболізація);
- радіохірургічне опромінення;
- комбіновані види лікування.

## Хірургічне лікування ускладнень геморагічного інсульту (артеріальний вазоспазм, оклюзійна або арезорбтивна гідроцефалія)

- При розвитку симптомного сегментарного вазоспазму, резистентного до специфічних заходів інтенсивної терапії, — ендovasкулярна операція балонної ангіопластики, при дифузній формі вазоспазму за подібних умов — селективна інтраартеріальна фармангіопластика.
- Наявність прогресуючої гідроцефалії (оклюзійної або арезорбтивної), резистентної до медикаментозної терапії і повторного виведення СМР, потребує проведення клапанної лікворозшунтуючої операції або ендоскопічної вентрикулоцистерностомії ІІІ шлуночка.

## Профілактика розвитку повторного інсульту Положення протоколу

1. Всі пацієнти, які перенесли інсульт, повинні отримати освітню інформацію про безпеку

розвитку повторного інсульту, ознаки та симптоми початку захворювання і заходи, які слід виконати при їх розвитку.

2. Провідну роль у вторинній профілактиці інсульту має корекція чинників ризику, які має пацієнт. Медикаментозна профілактика та корекція виявлених факторів ризику, яка була розпочата відразу після судинної події, може знизити частоту розвитку повторного інсульту, інвалідизацію і смертність.
3. Якщо після нейрохірургічної операції аневризми або АВМ не повністю виключені з кровоплину, необхідно проведення повторних аналогічних або додаткових втручань для усунення ризику повторного геморагічного інсульту.

## Обґрунтування

Пацієнти, які перенесли геморагічний інсульт у вигляді ВМК, мають високий ризик виникнення повторного інсульту. Призначення медикаментозної профілактики та корекція індивідуальних факторів ризику зменшують частоту розвитку рецидиву захворювання. Хворі, яким не вдалося хірургічним шляхом повністю усунути причину геморагічного інсульту, потребують нагляду нейрохірурга; за показаннями визначається послідовність і методика хірургічних втручань, спрямованих на радикальне виключення аневризми або АВМ. Навіть після повного виключення аневризми або АВМ ендovasкулярним методом та після повної облітерації АВМ радіохірургічним методом зберігається ризик рецидиву захворювання і, відповідно, внутрішньочерепного крововиливу, що обумовлює необхідність спостереження нейрохірурга.

## 4.1.1. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНІ МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ

1. Виявлення та корекція факторів ризику розвитку повторного інсульту.
2. Всі фактори ризику цереброваскулярних захворювань повинні корегуватися агресивно як фармакологічними, так і нефармакологічними заходами для забезпечення їх оптимального контролю.

## Рекомендації щодо корекції інших факторів розвитку повторного інсульту

### Обов'язкові:

#### 1. Тютюнопаління

Тим пацієнтам, хто має звичку тютюнопаління, слід рекомендувати повну відмову.

#### 2. Корекція гіперхолестеринемії та рівня глюкози

1. Рекомендувати дотримання засад здорового харчування і корекцію способу життя для підтримання рівня ЗХС <5,0 ммоль/л та холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) <3,0 ммоль/л.
2. Пацієнтам із групи високого та дуже високого ризику рекомендувати підтримувати рівень ЗХС <4,5 ммоль/л та ХС ЛПНЩ <2,5 ммоль/л.

### 3. Контроль маси тіла

1. Пацієнтам із надлишковою масою тіла рекомендувати дотримуватись здорового харчування, обмежити енергетичну цінність їжі, збільшити рівень фізичної активності.
2. Рекомендувати всім пацієнтам контролювати ІМТ та ОТ. Підтримувати ІМТ у межах 18,5–24,9 кг/м<sup>2</sup>, ОТ ≤88 см (у жінок), ≤102 см (у чоловіків).

### 4. Фізична активність

1. Для пацієнтів, які перенесли інсульт та мають обмеження в пересуванні, безпечні фізичні навантаження визначаються в індивідуальній програмі реабілітації.

### 5. Лікування синдрому апное під час сну

Основні аспекти діагностики та лікування апное наведені у Додатку № 13.

Для корекції синдрому апное під час сну пацієнт повинен бути направлений до спеціалізованого центру.

**6. Модифікація способу життя** з метою запобігання негативному впливу психоемоційних факторів, надмірному виявленню як негативних, так і позитивних емоцій. Зміна відношення до стресорів, робота з психологом.

**7. Нормалізація діяльності шлунково-кишкового тракту, запобігання та лікування закріпів**

#### 4.1.2. МЕДИКАМЕНТОЗНІ МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ:

##### Необхідні дії лікаря

##### Контроль рівня глюкози

1. Контроль рівня глюкози повинен проводитися за допомогою дієти та підбору антидіабетичних засобів. Цільовий рівень гліколізованого гемоглобіну не повинен перевищувати 6,5%.

##### Контроль АТ

1. Рекомендований рівень АТ не більше 140/80 мм рт.ст., а у пацієнтів із супутнім цукровим діабетом — не більше 130/80 мм рт.ст. За наявності показань практично всім пацієнтам із ПІ до виписки з лікарні мають бути призначені антигіпертензивні засоби. При виборі антигіпертензивних засобів необ-

хідно керуватися УКПМД «Артеріальна гіпертензія», затвердженого наказом МОЗ України від 24.05.2012 р. № 384 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії».

##### Призначення статинів

1. Пацієнтам, які мають високий і дуже високий ризик серцево-судинних захворювань та порушення обміну холестерину (ЗХС >5,0 ммоль/л та ХС ЛПНЩ >3,0 ммоль/л), яке не піддається немедикаментозній корекції, можливе призначення статинів за індивідуальним режимом для фармакологічної корекції гіперхолестеринемії.

#### 4.1.3. ХІРУРГІЧНІ МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ ПОВТОРНОГО ІНСУЛЬТУ

##### Положення протоколу

На консультацію до судинного нейрохірурга обов'язково повинні бути направлені пацієнти, які мали в анамнезі геморагічний інсульт. У разі виявлення при КТ/МРТ або при КТ/МРТ ангіографічному дослідженні змін, які мають ознаки аневризми, АВМ або каверноми, пацієнту обов'язково повинна призначатись консультація нейрохірурга.

При амбулаторному обстеженні лікарі загальної практики або неврологи можуть спостерігати симптоми або виявляти з анамнезу дані, які можуть бути клінічним проявом цереброваскулярного захворювання, що загрожує розвитком геморагічного інсульту. У випадку виявлення цих ознак доцільна консультація нейрохірурга із визначенням показань для проведення додаткових інструментальних досліджень (неінвазивні — МРТ, МРТ-ангіографія, КТ-ангіографія, інвазивні — цифрова субтракційна церебральна ангіографія). Найбільш часто можуть зустрічатись такі симптоми:

1. Напад сильного головного болю в анамнезі, який за своєю виразністю не можна порівняти з ніякими іншими і який супроводжувався нудотою і блювотою, фоно- або фотофобією, болем у шийно-потиличній ділянці, можливо, короткочасною втратою свідомості — клінічний прояв САК.
2. Транзиторні або стійкі окоорухові порушення (артеріальні аневризми паракліноїдної локалізації, кавернозного синуса, вертебро-базиллярного басейну).
3. Пульсуючі шуми в голові (церебральні АВМ, дуральні АВМ).

4. Епілептиформний синдром (АВМ, кавернома).
5. Усі пацієнти, яким проведено оперативне лікування з приводу геморагічного інсульту, потребують постійного спостереження в невролога і продовження постійного медикаментозного контролю факторів ризику інсульту (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, гіперхолестеринемія та ін.).
6. Після хірургічного лікування артеріальних аневризм або АВМ головного мозку нейрохірург визначає терміни і вид інструментальних діагностичних заходів для контролю за можливим рецидивом захворювання або для проведення повторних операцій при неповному виключенні з кровообігу джерела геморагії.

### Виписка та рекомендації

#### Положення протоколу

1. Усім пацієнтам з інсультом, які виписуються зі стаціонару, повинні бути надані індивідуальні рекомендації з питань профілактики розвитку повторного інсульту та реабілітації.
2. Після виписки пацієнти повинні перебувати під постійним наглядом сімейного лікаря за місцем проживання, продовжувати виконувати настанови МДК та перебувати під диспансерним наглядом невролога.
3. Після хірургічного лікування хворий перебуває під наглядом нейрохірурга для контролю ефективності виключення джерела геморагічного інсульту, визначення термінів для проведення контрольних агіографічних досліджень і повторних операцій при неповному виключенні судинних уражень із кровоплину, а також для контролю за розвитком ліквородинамічних порушень для їх своєчасної корекції.

#### Обґрунтування

Планування виписки та надання індивідуальної програми реабілітації та профілактики повторного інсульту позитивно впливає на результати лікування та ефективність подальшої реабілітації пацієнта.

#### Необхідні дії лікаря

##### Обов'язкові:

1. Оцінити ступінь незалежності пацієнта в повсякденному житті за модифікованою шкалою Ренкіна (Додаток № 9).
2. Надати пацієнту при виписці індивідуальний план (програма) заходів вторинної профілактики та корекції факторів ризику.
3. Надати пацієнту рекомендації щодо реабілітаційних заходів для виконання на вторинно-

му амбулаторному рівні медичної допомоги.

4. Надати пацієнту після інсульту роздрукований «Інформаційний лист для пацієнта, який переніс інсульт» (Додаток № 10).
5. Залучити пацієнта та осіб, які його доглядають, до участі в програмах немедикаментозної корекції факторів ризику розвитку інсульту (за їх наявності) — Школи здоров'я, Школа «Життя після інсульту», програми відмови від тютюнопаління, програми психологічної та фізичної реабілітації тощо.

#### Бажані:

1. Заповнити «Карту пацієнта з гострим порушенням мозкового кровообігу» (Додаток № 15).

#### Медична реабілітація

##### Загальні положення

- I. Відновлення пацієнтів після перенесеного ГІ часто відбувається досить швидко, в перші кілька тижнів, але в деяких випадках процеси відновлення можуть тривати протягом багатьох місяців. Немає ніяких жорстких правил щодо того, коли закінчиться процес відновлення в кожного конкретного пацієнта.
- II. Прогноз ступеня відновлення пацієнтів після ГІ базується на віці, розмірах і локалізації ВМК, рівні свідомості при надходженні до лікарні та попередніх когнітивних порушеннях, які існували до розвитку захворювання.
- III. На швидкість відновлення впливають настрої, мотивація та соціальна підтримка пацієнта.
- IV. Половина всіх пацієнтів із ВМК, які вижили, залишаються залежними у своїй повсякденній діяльності інвалідами.
- V. Враховуючи переконливі докази переваг добре організованої мультидисциплінарної стаціонарної допомоги на поліпшення виживання, відновлення і повернення до дому, пацієнтів із ГІ необхідно реабілітувати в умовах інсультного центру.
- VI. Стаціонарні реабілітаційні програми необхідно продовжувати на амбулаторному рівні та впроваджувати в домашні програми реабілітації.
- VII. Ключова частина реабілітації повинна містити в собі освіту для пацієнтів та осіб, що за ними доглядають, щодо вторинної профілактики інсульту та засобів досягнення мети реабілітації.
- VIII. Конфігурація обсягу реабілітаційних програм в окремому регіоні буде залежати від наявних ресурсів і фінансових можливостей місцевих ЗОЗ.



**Положення протоколу**

1. Реабілітація пацієнтів, що перенесли ГІ, повинна розпочатися якомога раніше, але лише після того, як буде виключена необхідність нейрохірургічного втручання, або після того, як унаслідок виконаної нейрохірургічної операції було усунуто джерело внутрішньочерепного крововиливу.
2. Відносними протипоказаннями до мобілізації пацієнта з геморагічним інсультом визначені наступні:

Нестабільний стан серцевої діяльності або функції інших органів.  
 Систолічний тиск <110 мм рт. ст. або >220 мм рт.ст.  
 Сатурація кисню <92%.  
 ЧСС у спокої <40 або >110 уд. за хвилину.  
 Температура тіла >38,5 °С.

3. Реабілітація пацієнтів після інсульту проводиться фахівцями МДК, яка має складатися з лікаря, медсестри, лікаря ЛФК, фахівця фізичної реабілітації (кінезотерапевта, ерго-

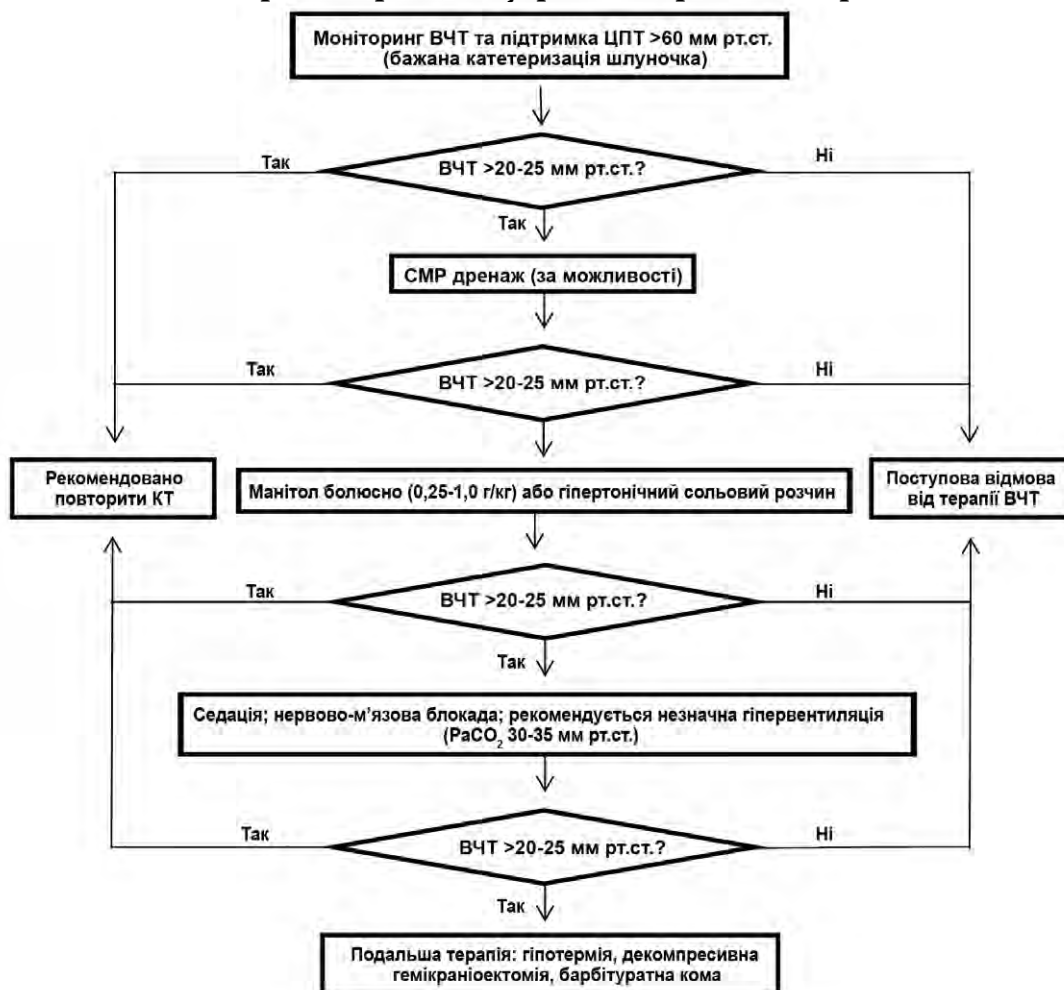
терапевта), логопеда, психолога, пацієнта, членів його сім'ї або осіб, які доглядають за пацієнтом.

4. МДК повинна розробити всебічний індивідуальний реабілітаційний план з урахуванням тяжкості інсульту та потреб і завдань пацієнта, використовуючи стандартизовані, валідні шкали для оцінки функціонального статусу і післяінсультних порушень.
5. Пацієнти повинні бути мобілізовані якомога раніше і якомога частіше, переважно впродовж 24 годин від початку інсульту, якщо немає протипоказань.

*Принципи мультидисциплінарної реабілітації пацієнтів з інсультом представлені в УКПМД «ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ» (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація) (електронний режим доступу [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20120803\\_602.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120803_602.html))*

**IV. Опис етапів медичної допомоги**

**Алгоритм корекції внутрішньочерепної гіпертензії**



ЦПТ — церебральний перфузійний тиск; СМР — спинномозкова рідина.

## V. Ресурсне забезпечення виконання протоколу

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних клінічних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) (далі — ЛКПМД (КМП)) має перевірятися реєстрація в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до ЛКПМД (КМП).

### 1. Вимоги для закладів, які надають первинну медичну допомогу

#### 1.1. Кадрові ресурси

Лікар загальної практики — сімейний лікар, який має відповідний сертифікат та пройшов післядипломну підготовку в дворічній інтернатурі або на 6-місячному циклі спеціалізації; медична сестра загальної практики.

#### 1.2. Матеріально-технічне забезпечення

Апарат для штучної вентиляції легень ручний, електрокардіограф багатоканальний, пульсоксиметр, тонометр із набором манжет для вимірювання артеріального тиску на руках, ногах та дитячих манжет, фонендоскоп/стетоскоп, ваги медичні, ростомір, язикотримач та ін. відповідно до таблиця оснащення.

#### Лікарські засоби

1. **Альфа-адреноблокатори:** урапідил.

2. **Бета-адреноблокатори:** есмолол, метопролол, лабеталол.

3. **Інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту:** еналаприл.

4. **Кровозамінники та перфузійні розчини:** глюкоза, натрію хлорид, магнію сульфат.

5. **Анксиолітики:** діазепам.

### 2. Вимоги для закладів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу

#### 2.1. Кадрові ресурси

Лікар-невролог, нейрорадіолог, анестезіолог, нейрохірург, кардіолог, логопед, фахівець із фізичної реабілітації, медичний психолог, соціальний працівник. Штатний розклад відділень, які надають допомогу при інсульті, має бути мультидисциплінарним.

#### 2.2. Матеріально-технічне забезпечення

КТ або МРТ, які працюють у цілодобовому режимі, апарат штучної вентиляції легень, монітор для постійного моніторингу життєвих

показників, портативні апарати для вимірювання рівня глюкози крові, температури тіла, електрокардіограф багатоканальний, ліжко функціональне, аналізатор агрегації тромбоцитів, аналізатор біохімічний автоматичний селективний, аналізатор гемокоагуляції, мікроскоп біологічний біокулярний з імерсією, спис-скарифікатор одноразового використання та ін. відповідно до таблиця оснащення. Обладнання для проведення агіографічної діагностики, нейрохірургічних операцій (мікрохірургічних та ендovasкулярних).

#### Лікарські засоби

1. **Альфа-адреноблокатори:** урапідил.

2. **Бета-адреноблокатори:** есмолол, метопролол, лабеталол.

3. **Інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту:** еналаприл.

4. **Блокатори кальцієвих каналів:** німодипін, ніфедипін.

5. **Адреноміметичні лікарські засоби:** допамін, норепінефрин.

6. **Адренергічні та допамінергічні препарати:** фенілефрин.

7. **Лікарські засоби, що впливають на згортання крові та функцію тромбоцитів:** гепарин, варфарин, ацетилсаліцилова кислота.

8. **Діуретики:** манітол, індапамід, фуросемід.

9. **Кровозамінники та перфузійні розчини:** натрію хлорид, глюкоза, альбумін, гідроксиетильований крохмаль, сорбітол + натрію лактат + натрію хлорид + кальцію хлорид.

10. **Засоби загальної анестезії:** тіопентал натрію, пропофол, севофлуран, натрію оксибутират.

11. **Снодійні та седативні засоби:** дексмедетомідин.

12. **Анальгетичні засоби:** фентаніл, парацетамол, метамізол натрію.

13. **Міорелаксанти з периферичним механізмом дії:** рокуронію бромід, піпекуронію бромід, суксаметоній.

14. **Гемостатичні засоби:** менадіон, фітоменадіон.

15. **Антиінгібіторний коагулянтний комплекс:** концентрат протромбінового комплексу.

16. **Продукти донорської крові (які можуть виготовлятися у закладах служби крові):** плазма свіжозаморожена.

## VI. Індикатори якості медичної допомоги

**Спеціалізований стаціонар** — відділення інтенсивної терапії, відділення екстреної медичної допомоги, спеціалізовані інсультні відділення багатoproфільних лікарняних закладів (номенклатура згідно з наказом МОЗ від 28 жовтня 2002 року № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів із фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я»), багатoproфільні лікарні (клінічні лікарні) інтенсивного лікування (номенклатура згідно з наказом МОЗ від 05 жовтня 2011 року № 646 «Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»).

**Форма 003/0** — Медична карта стаціонарного хворого (Форма 003/0), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 10 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування».

**Форма 025/0** — Медична карта амбулаторного хворого (Форма 025/0), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 10 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування».

**Форма 027/0** — Виписка із медичної карти стаціонарного хворого (Форма 027/0), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 10 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування».

**Форма 030/0** — Контрольна карта диспансерного нагляду (Форма 030/0), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 10 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування».

### 6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

6.1.1. Наявність у лікаря загальної практики — сімейного лікаря локального протоколу ведення пацієнта з гострим порушенням мозкового кровообігу.

6.1.2. Відсоток пацієнтів, щодо яких лікарем загальної практики — сімейним лікарем отримано інформацію про медичний стан упродовж звітнього періоду.

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

6.1.4. Відсоток пацієнтів, які отримали медичну допомогу в спеціалізованому стаціонарі впродовж звітнього періоду.

6.1.5. Відсоток пацієнтів, які були доставлені до спеціалізованого стаціонару не пізніше ніж через 4,5 години з моменту появи симптомів інсульту.

6.1.6. Наявність у спеціалізованому стаціонарі локального протоколу надання медичної допомоги пацієнту з підозрою на гостре порушення мозкового кровообігу в «період вікна терапевтичних можливостей» на догоспітальному і стаціонарному етапах медичної допомоги в даному ЗОЗ.

6.1.7. Відсоток пацієнтів спеціалізованого стаціонару, яким було проведено нейровізуальне дослідження головного мозку (КТ/МРТ) у визначений проміжок часу з моменту появи симптомів інсульту (до 4 годин та 4–24 годин).

6.1.8. Відсоток пацієнтів спеціалізованого стаціонару, яким було проведено оцінку функції ковтання в період до 24 годин із моменту госпіталізації.

6.1.9. Відсоток пацієнтів спеціалізованого стаціонару з геморагічним інсультом, проконсультованих нейрохірургом протягом 24 і 48 годин із моменту нейровізуалізації.

### 6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

6.2.1. А) **Наявність у лікаря загальної практики — сімейного лікаря локального протоколу ведення пацієнта з гострим порушенням мозкового кровообігу.**

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт (внутрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив)».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) у регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідно обов'язкове запровадження ЛПМД у закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2014 рік — 70%.

2015 рік — 90%.

2016 рік та подальший період — 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора:

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики — сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів із питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів загальної практики — сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора становить загальну кількість лікарів загальної практики — сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів із питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів загальної

практики — сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих у районі обслуговування.

д) Чисельник індикатора становить загальну кількість лікарів загальної практики — сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнта з гострим порушенням мозкового кровообігу (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікарем загальної практики — сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

**6.2.2. А) Відсоток пацієнтів, щодо яких лікарем загальної практики — сімейним лікарем отримано інформацію про медичний стан упродовж звітного періоду.**

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт (внутрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив)».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

При аналізі індикатора слід враховувати неприпустимість формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих пацієнтів, для яких не проводилося медичного огляду лікарем загальної практики — сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги) впродовж звітного періоду. У первинній медичній документації мають бути задокументовані факти медичного огляду пацієнта, а також наявність або відсутність рецидивів захворювання.

Пацієнти, для яких такі записи в медичній документації відсутні, не включаються до чисельника індикатора, навіть у випадку, якщо лікар загальної практики — сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр пер-



винної медико-санітарної допомоги) має достовірну інформацію про те, що пацієнт живий та перебуває на території обслуговування (за відсутності даних медичного огляду).

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора:

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: лікар загальної практики — сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги); структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані про кількість пацієнтів надаються лікарями загальної практики — сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів із питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. За наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольній карті диспансерного нагляду (форма 030/0), — автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем загальної практики — сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги) шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольних карт диспансерного нагляду (форма 030/0).

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження від усіх лікарів загальної практики — сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих у регіоні обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів лікаря загальної практики — сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини), які перене-

сли інсульт, а також тих із них, для яких наведена інформація про медичний стан пацієнта впродовж звітного періоду. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора становить загальну кількість пацієнтів, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря загальної практики — сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги) і перенесли інсульт.

Джерелом інформації є:

Форма 025/0.

Форма 030/0.

д) Чисельник індикатора становить загальну кількість пацієнтів лікаря загальної практики — сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), що перенесли інсульт, для яких наявні записи про медичний огляд упродовж звітного періоду та наведена інформація про медичний стан пацієнта із зазначенням відсутності або наявності рецидивів захворювання.

Джерелом інформації є:

Форма 025/0, вкладний листок № 2 «Щорічний епікриз на диспансерного хворого».

Форма 030/0, пункт «7. Контроль відвідувань».

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

**6.2.3. А) Відсоток пацієнтів, у яких не було повторного інсульту впродовж одного року.**

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт (внутрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив)».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

При аналізі індикатора слід враховувати неприпустимість формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих пацієнтів, для яких не проводилося медичного огляду лікарем загальної практики — сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної

допомоги) після спливання повного року з моменту геморагічного інсульту. У первинній медичній документації мають бути задокументовані факти медичного огляду пацієнта, а також наявність або відсутність повторних проявів (рецидивів) захворювання.

Пацієнти, для яких такі записи в медичній документації відсутні, не включаються до чисельника індикатора, навіть у випадку, якщо лікар загальної практики — сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги) має достовірну інформацію про те, що пацієнт живий та перебуває на території обслуговування (за відсутності даних медичного огляду).

Інтерпретація значень індикатора залежить від повноти отримання лікарем загальної практики — сімейним лікарем інформації про медичний стан пацієнтів, які перенесли геморагічний інсульт. Якщо така інформація наявна не для всіх пацієнтів, аналіз та інтерпретація даного індикатора не має сенсу.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора:

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: лікар загальної практики — сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги), структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані про кількість пацієнтів надаються лікарями загальної практики — сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими в районі обслуговування, до структурних підрозділів із питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. За наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольній карті диспансерного нагляду (форма 030/0), — автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем загальної практики — сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги) шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольних карт диспансерного нагляду (форма 030/0).

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження від усіх лікарів загальної практики — сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих у регіоні обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів лікаря загальної практики — сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини) з діагнозом «Геморагічний інсульт», а також тих із них, для яких наведена інформація про медичний стан пацієнта впродовж звітнього періоду.

Між датою, що позначає кінець звітнього періоду (проміжок часу, за який обчислюється індикатор), та датою обчислення індикатора має пройти не менш ніж 1 повний рік.

Пацієнти, для яких відсутні дані медичного огляду з датою більш ніж через 1 рік після виникнення геморагічного інсульту, не включаються до чисельника та знаменника індикатора.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора становить загальну кількість пацієнтів, яким було встановлено діагноз «Геморагічний інсульт» упродовж звітнього періоду.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0).

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/0).

д) Чисельник індикатора становить загальну кількість пацієнтів лікаря загальної практики — сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги) з діагнозом «Геморагічний інсульт», встановленим упродовж звітнього періоду, для яких наявні записи про медичний огляд з датою не менше ніж через рік із моменту виникнення геморагічного інсульту та наведена інформація про медичний стан пацієнта із зазначенням відсутності повторних захворювань (рецидивів захворювання).

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0), вкладний листок № 2 («Щорічний епікриз на диспансерного хворого»).

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/0) (пункт «7. Контроль відвідувань»).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

**6.2.4. А) Відсоток пацієнтів, які отримали медичну допомогу в спеціалізованому стаціонарі впродовж звітнього періоду.**

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт (внутрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив)».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Інформація про рекомендацію лікаря загальної практики — сімейного лікаря щодо необхідності направлення пацієнта до спеціалізованого стаціонару є недостатньою для включення такого пацієнта до чисельника індикатора. Має бути отримане підтвердження факту, що пацієнт дійсно потрапив до спеціалізованого стаціонару та пройшов там лікування.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора:

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: лікар загальної практики — сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги), структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики — сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими в районі обслуговування, до структурних підрозділів із питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. За наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольній карті диспансерного нагляду (форма 030/0), — автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем загальної практики — сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги) шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольних карт диспансерного нагляду (форма 030/0).

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження від усіх лікарів загальної практики — сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих у регіоні обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів лікаря загальної практики — сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини), яким було встановлено стан «Геморагічний інсульт», а також тих з них, для яких наведена інформація про лікування пацієнта в спеціалізованому стаціонарі впродовж звітнього періоду. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора становить загальну кількість пацієнтів, які перебувають на обліку в лікаря загальної практики — сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги) та яким було встановлено стан «Геморагічний інсульт» упродовж звітнього періоду.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0).

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/0).

д) Чисельник індикатора становить загальну кількість пацієнтів, які перебувають на обліку в лікаря загальної практики — сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), яким було встановлено стан «Геморагічний інсульт» упродовж звітнього

періоду та для яких наявні записи про лікування у спеціалізованому стаціонарі.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0).

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/0).

Виписка із медичної карти стаціонарного хворого (форма 027/0).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

**6.2.5. А) Відсоток пацієнтів, які були доставлені до спеціалізованого стаціонару не пізніше ніж через 4,5 години з моменту появи симптомів інсульту.**

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт (внутрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив)».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

При аналізі індикатора слід враховувати неприпустимість формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих пацієнтів, для яких відсутня достовірна інформація про час виникнення симптомів інсульту та момент доставки пацієнта до закладу охорони здоров'я.

Оцінюване значення 4,5 години відповідає «терапевтичному вікну» для можливого отримання пацієнтами найбільш ефективного лікування.

Індикатор є чутливим до якості первинної медичної документації. Необхідно документувати випадки відсутності інформації про час виникнення симптомів інсульту та момент доставки пацієнта до закладу охорони здоров'я для виправлення ситуації.

Обчислення та аналіз індикатора на рівні популяції (структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій) доцільно вести на основі інформації, отриманої з первинного рівня медичної допомоги (лікар загальної практики — сімейний лікар; амбулаторія сімейної медицини; центр первинної медико-санітарної допомоги) та включати до знаменника індикатора всіх пацієнтів, яким

було встановлено стан «Геморагічний інсульт» упродовж звітного періоду, в тому числі тих, які не потрапили до спеціалізованого стаціонару.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора:

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: заклад охорони здоров'я (спеціалізований стаціонар); лікар загальної практики — сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги); структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики — сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), спеціалізованими стаціонарами, розташованими в районі обслуговування, до структурних підрозділів із питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. За наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0), або Контрольній карті диспансерного нагляду (форма 030/0) (первинна медична допомога), або Медичній карті стаціонарного хворого (форма 003/0) (вторинна медична допомога), — автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем загальної практики — сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги) шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0).

Індикатор обчислюється закладом охорони здоров'я, що надає вторинну медичну допомогу, шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт стаціонарного хворого (форма 030/0).

Для можливості обчислення індикатора первинна медична документація обов'язково має містити максимально детальну інформа-



цію про час виникнення перших симптомів інсульту та момент доставки пацієнта до спеціалізованого стаціонару.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Первинна медична допомога:

Знаменник індикатора становить загальну кількість пацієнтів, які перебувають на обліку в лікаря загальної практики — сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги) та яким було встановлено стан «Геморагічний інсульт» упродовж звітнього періоду.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0).

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/0).

Вторинна медична допомога: Знаменник індикатора становить загальну кількість пацієнтів, які були доставлені до закладу охорони здоров'я з геморагічним інсультом упродовж звітнього періоду.

Джерелом інформації є:

Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/0).

д) Чисельник індикатора становить загальну кількість пацієнтів, які були доставлені до закладу охорони здоров'я з геморагічним інсультом упродовж звітнього періоду, для яких у первинній медичній документації наявний запис про доставку пацієнта до приймального відділення спеціалізованого закладу охорони здоров'я не пізніше ніж через 4,5 години з моменту виникнення симптомів інсульту.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0).

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/0).

Виписка із медичної карти стаціонарного хворого (форма 027/0).

Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/0).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

**6.2.6. А) Наявність у спеціалізованому стаціонарі локального протоколу надання медичної допомоги пацієнту з підозрою на гостре порушення мозкового кровообігу в «період вікна терапевтичних можливостей» на догоспіталь-**

**ному і стаціонарному етапах медичної допомоги в даному ЗОЗ.**

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт (внутрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив)».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) у регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД у закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2014 рік — 70%.

2015 рік та подальший період — 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора:

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються спеціалізованими стаціонарами, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів із питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх спеціалізованих стаціонарів, які надають допомогу пацієнтам із геморагічним інсультом, зареєстрованих у районі обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

ґ) Знаменник індикатора становить загальну кількість спеціалізованих стаціонарів, які надають допомогу пацієнтам із гемо-

рагічним інсультом (відділення інтенсивної терапії, відділення екстреної медичної допомоги, спеціалізовані інсультні відділення багатoproфільних лікарняних закладів), зареєстрованих у районі обслуговування.

Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів із питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість спеціалізованих стаціонарів, які надають допомогу пацієнтам із геморагічним інсультом, зареєстрованих у районі обслуговування.

д) Чисельник індикатора становить загальну кількість спеціалізованих стаціонарів, які надають допомогу пацієнтам із геморагічним інсультом, зареєстрованих у районі обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу медичної допомоги пацієнтам із підозрою на геморагічний інсульт у межах вікна терапевтичних можливостей (наданий екземпляр ЛПМД, затверджений наказом головного лікаря ЗОЗ).

Джерелом інформації є ЛПМД, наданий спеціалізованим стаціонаром, який надає допомогу пацієнтам із геморагічним інсультом.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

**6.2.7. А) Відсоток пацієнтів спеціалізованого стаціонару, яким було проведено нейровізуальне дослідження головного мозку (КТ/МРТ) у визначений проміжок часу з моменту появи симптомів інсульту (до 4 годин та 4–24 годин).**

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт (внутрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив)».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Аналіз індикатора дозволить виявити проблеми, пов'язані з кваліфікованою діагностикою геморагічного інсульту.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора:

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: спеціалізовані стаціонари; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються спеціалізованими стаціонарами, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів із питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. За наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті стаціонарного хворого (форма ооз/о), — автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх спеціалізованих стаціонарів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника та наводиться у відсотках.

г) Знаменник індикатора становить загальну кількість пацієнтів спеціалізованого стаціонару з діагнозом «Геморагічний інсульт».

Джерелом інформації є Медична карта стаціонарного хворого (форма ооз/о).

д) Чисельник індикатора становить загальну кількість пацієнтів, яким було проведено нейровізуальне дослідження головного мозку (КТ/МРТ) у визначений проміжок часу з моменту появи симптомів інсульту (до 4 годин та 4–24 годин).

Джерелом інформації є:

Медична карта стаціонарного хворого (форма ооз/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

**6.2.8. А) Відсоток пацієнтів спеціалізованого стаціонару, яким було проведено оцінку функції ковтання в період до 24 годин з моменту госпіталізації.**

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третин-

ної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт (внутрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив)».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Аналіз індикатора дозволить виявити проблеми, пов'язані з кваліфікованою діагностикою геморагічного інсульту.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора:

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: спеціалізовані стаціонари; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються спеціалізованими стаціонарами, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. За наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті стаціонарного хворого (форма ооз/о), — автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх спеціалізованих стаціонарів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника та наводиться у відсотках.

г) Знаменник індикатора становить загальну кількість пацієнтів спеціалізованого стаціонару з діагнозом «Геморагічний інсульт».

Джерелом інформації є Медична карта стаціонарного хворого (форма ооз/о).

д) Чисельник індикатора становить загальну кількість пацієнтів, яким було проведено оцінку функції ковтання в період до 24 годин з моменту госпіталізації.

Джерелом інформації є:

Медична карта стаціонарного хворого (форма ооз/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

**6.2.9. А) Відсоток пацієнтів спеціалізованого стаціонару з геморагічним інсультом, проконсультованих нейрохірургом протягом 24 і 48 годин із моменту нейровізуалізації.**

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт (внутрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив)».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Аналіз індикатора в розрізі періоду часу між проведенням КТ/МРТ та консультацією нейрохірурга дозволить виявити проблеми, пов'язані з забезпеченням доступності процедури консультації профільних спеціалістів у ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам із геморагічним інсультом.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора:

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: спеціалізовані стаціонари; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються спеціалізованими стаціонарами, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. За наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті стаціонарного хворого (форма ооз/о), — автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх спеціалізованих стаціона-

рів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника та наводиться у відсотках.

г) Знаменник індикатора становить загальну кількість пацієнтів спеціалізованого стаціонару з діагнозом «Геморагічний інсульт», яким було проведено під час перебування у стаціонарі нейровізуальне дослідження головного мозку (КТ/МРТ).

Джерелом інформації є Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о).

д) Чисельник індикатора становить загальну кількість пацієнтів, проконсультованих нейрохірургом протягом 24 і 48 годин із моменту нейровізуалізації.

Джерелом інформації є:

Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

**Директор Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України**  
**Хобзей М.К.**

## **VII. Перелік літературних джерел, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги**

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Геморагічний інсульт. Аневризмальний субарахноїдальний крововилив».

2. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Геморагічний інсульт. Спонтанний внутрішньомозковий крововилив».

3. Закон України від 05.07.2012 № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу».

4. Наказ МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».

5. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування».

6. Наказ МОЗ України від 28.10.2002 № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», зареєстрований Міністерством юстиції за № 892/7180 від 12.11.2002 р.

7. Наказ МОЗ України від 5.10.2011 № 646 «Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», зареєстрований Міністерством юстиції за № 1414/20152 від 07.12.2011 р.

8. Наказ МОЗ України від 29.03.2013 № 251 «Про затвердження п'ятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

9. Наказ МОЗ України від 02.03.2011 № 127 «Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень».

10. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 734 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування».

11. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 735 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування».

12. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 739 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру».

13. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України».

14. Наказ МОЗ України від 24.05.2012 № 384 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії».

15. Наказ МОЗ України від 03.08.2012 № 602 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті».

*Закінчення в наступному номері.*