

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***

VIII. Додатки до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги

- 1 Додаток № 1 Алгоритм прийому виклику диспетчером ШМД при підозрі на ГПМК
- 2 Додаток № 2 Оцінка життєвих функцій організму — дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE
- 3 Додаток № 3 Шкала ком Глазго
- 4 Додаток № 4 Шкала FAST (обличчя — рука — мова) для догоспітальної діагностики інсульту
- 5 Додаток № 5 Шкала тяжкості інсульту Національних інститутів здоров'я США (з вказівками)
- 6 Додаток № 6 Шкала тяжкості інсульту Національних інститутів здоров'я США (форма для історії хвороби)
- 7 Додаток № 7 Скринінг на порушення ковтання
- 8 Додаток № 8 Шкала Ханта-Хесса для оцінки стану пацієнта з субарахноїдальним крововиливом
- 9 Додаток № 9 Модифікована Шкала Ренкіна (Modified Rankin Scale — mRS)
- 10 Додаток № 10 Інформаційний лист для пацієнта
- 11 Додаток № 11 Індекс активності у повсякденному житті (шкала БАРТЕЛ)
- 12 Додаток № 12 Шкала оцінки болю
- 13 Додаток № 13 Діагностика та лікування апное під час сну
- 14 Додаток № 14 Література до розділу 1.8 «Епідеміологічна інформація»
- 15 Додаток № 15 Карта пацієнта з гострим порушенням мозкового кровообігу

* Початок див. у Журналі Неврології ім. Б.М. Маньковського'2015, том 3, №2.

** Із незначними правками та скороченнями.

Додаток № 1

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

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

2.1. Визначте ЧД — у нормі 12-20 вдихів за хвилину.

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

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

2.2. Проведіть аускультацию та перкусію легень.

2.3. 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.

3.1. Оцініть температуру кінцівок: холодна чи тепла.

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

3.3. Оцініть наповнення вен — можуть бути помірно наповнені або запалі при гіповолемії.

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

3.2. Поміряйте артеріальний тиск.

3.3. Вислухайте тони серця.

3.4. 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).

4.1. 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 (Glasgow Coma Scale).

4.2. Визначте рівень глюкози, щоб виключити гіпоглікемію. Якщо рівень глюкози нижчий 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.

5.2. Ознайомтесь із документацією пацієнта: перевірте показники життєвих параметрів та їх зміни в динаміці, перевірте, які ліки пацієнтові приписані і які він приймає.

Додаток № 2

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

Алгоритм прийому виклику диспетчером оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф 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 в 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) екстреної медичної допомоги.
4. Не залишайте пацієнта без нагляду.

Додаток № 3

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

Шкала ком Глазго (Glasgow Coma Scale — GCS)

Активність		Оцінка
Відкривання очей		
Відсутнє	Навіть при натисканні на верхній край орбіти	1
У відповідь на біль	Біль при натисканні на груднину, 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 больового подразнення, відведення плеча	4
Локалізація болю	Рух рукою, спрямований на усунення тиснення на груднину 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): <input type="text"/>

Примітка: * Слід мати на увазі, що реалізації рухових реакцій може заважати наявність плегії або парезу з однієї чи обох сторін.
**За відсутності мови, при «мовній нісенітниці» або невиконанні інструкцій при явно достатньому рівні притомності слід мати на увазі можливість афатичних порушень.

Відповідність рівня свідомості і сумарної оцінки за шкалою ком Глазго

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

Джерело: Teasdale G., Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale // *The Lancet*. — 1974. — 2 (7872). — P. 81-4.

Додаток № 4

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

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 уперше в 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	
Уражений бік обличчя	<input type="checkbox"/> лівий <input type="checkbox"/> правий	Відмітьте бік ураження (бік, де виражений парез мускулатури).
3. Слабкість у 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 у такому положенні, а потім одночасно відпустіть. Відмітьте «так» у випадку, якщо одна із двох рук опустилася. Відмітьте бік ураження — той, де рука опустилася швидше.
	<input type="checkbox"/> ні	
Уражена рука	<input type="checkbox"/> ліва <input type="checkbox"/> права	
Висновок:		

Додаток № 5

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

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

ВКАЗІВКИ

- Оцінюйте всі розділи шкали інсульту в поданому порядку і відразу записуйте оцінку в кожному розділі.
- Не повертайтеся до попередніх розділів і не змінюйте оцінок.
- Дотримуйтесь вказівок щодо кожного огляду. Оцінки мають відображати те, що хворий насправді зробив, а не те, що, на вашу думку, він може зробити.
- Записуйте оцінки під час огляду та працюйте швидко.

- Окрім зазначених випадків, не навчайте хворого (зокрема, не наполягайте, щоб він докладав якомога більше зусиль).

ОЦІНЮВАННЯ

1А. РІВЕНЬ СВІДОМОСТІ

Якщо такі фізичні перешкоди, як інтубація трахеї, мовний бар'єр, пошкодження/пов'язка на обличчі чи трахеї, унеможливають повне оцінювання, оцінюйте на власний розсуд. Оцінку «3» слід обирати тільки у випадку, коли хворий не реагує рухами (крім рефлекторних) на больові подразники.

Шкала: її визначення (пояснення)**о: притомний**, реагує швидко.**1: оглушення**, сонливий, але можливо опритомнити легкими подразниками, і тоді виконує накази, відповідає, реагує.**2: напівпритомний**, реагує повільно, потребує повторної стимуляції до участі, оглушений і потрібні сильні чи больові подразники, щоб викликати рухи (не шаблонні).**3: непритомний (кома)**, реагує тільки рефлекторними рухами чи вегетативними проявами або зовсім не реагує, має низький тонус м'язів, рефлекси відсутні.**ОЦІНКА:** _____**1Б. РІВЕНЬ СВІДОМОСТІ: ЗАПИТАННЯ**

Запитайте хворого, який зараз місяць та скільки йому років. Відповідь має бути точною — не дайте частину балів за приблизну відповідь. Хворі з афазією або значним порушенням свідомості, які не розуміють запитання, отримують оцінку «2». Хворі, які не можуть говорити через інтубацію трахеї, пошкодження/пов'язку на обличчі чи трахеї, тяжку дизартрію (з будь-якої причини), мовний бар'єр чи іншу проблему, яка не спричинена афазією, отримують «1». Важливо оцінювати тільки першу відповідь і не допомагати хворому будь-якими словами чи діями.

Шкала: її визначення**о:** правильно відповів на обидва запитання.**1:** правильно відповів на одне запитання.**2:** не дав жодної правильної відповіді.**ОЦІНКА:** _____**1В. РІВЕНЬ СВІДОМОСТІ: КОМАНДИ**

Попросіть хворого розплющити й заплющити очі та стиснути в кулак і розігнути пальці менш ураженої руки. Якщо пальці використати неможливо, віддайте інший наказ, що передбачає одну дію. Коли спроба була чіткою, але її не завершено через слабкість м'язів, бал за неї нараховується. Якщо хворий не розуміє словесний наказ, покажіть завдання (мовою жестів) і оцініть відповідь (не виконав жодної, виконав обидві чи одну з команд). Хворому з фізичними ушкодженнями, ампутацією руки чи іншими вадами віддайте інший простий однодійний наказ. Оцінюйте тільки першу спробу.

Шкала: її визначення**о:** правильно виконав обидві команди.**1:** правильно виконав одну команду.**2:** не виконав жодної з команд.**ОЦІНКА:** _____**2. РУХИ ОЧЕЙ**

Оцінюйте лише горизонтальні рухи очей. Виставляйте оцінку за довільні або рефлекторні (окулоцефальний рефлекс) рухи очей, без калоричних проб. Якщо очні яблука хворого парно відхилені вбік, але при довільних чи рефлекторних рухах їх положення змінюється, оцінка «1». Якщо у хворого периферичне ураження черепного нерва, який забезпечує рухи очного яблука (III, IV чи VI), оцінка «1». Оцінюйте рухи очей в усіх хворих з афазією.

У хворого з травмами ока, пов'язками, сліпотю та іншими порушеннями гостроти чи полів зору слід перевірити рефлекторні рухи — вибір залишається за клініцистом. Інколи рухи в один і в другий бік від хворого зі збереженням контакту між очима дозволяють виявити частковий параліч погляду.

Шкала: її визначення**о: норма.****1: парез погляду;** рухи одного чи обох очей порушені, але немає тонічного відведення очей чи повного паралічу погляду.**2: тонічне відведення очей або повний параліч погляду,** які зберігаються під час перевірки окулоцефального рефлексу.**ОЦІНКА:** _____**3. ПОЛЯ ЗОРУ**

Оцінюйте верхні та нижні квадранти полів зору за допомогою конфронтаційної проби (підрахунок пальців або, якщо це неможливо, погрожуючі рухи в бік ока). Можете заохочувати хворого, але якщо хворий дивиться в бік пальця, що рухається, оцініть це як норму. Якщо одне око сліпе чи віддалене, оцінюйте поля зору другого ока. **Оцінка «1»** ставиться тільки в разі чіткої асиметрії полів зору, включаючи квадрантанопсію. Якщо хворий сліпий (з будь-якої причини) — **оцінка «3»**. Відразу зробіть одночасну подвійну стимуляцію. Якщо є вибірковий брак уваги, нарахуйте хворому 1 бал і врахуйте це в розділі 11.

Шкала: її визначення**о: поля зору збережені.****1: часткова геміанопсія.****2: повна геміанопсія.****3: двобічна геміанопсія (сліпота, включаючи кіркову сліпоту).****ОЦІНКА:** _____**4. СЛАБКІСТЬ М'ЯЗІВ ОБЛИЧЧЯ**

Попросіть (або заохотьте жестами), щоб хворий показав зуби, підняв брови та міцно заплющив очі. У хворих із порушеною свідомістю або тих, хто не розуміє мови, оцінюйте симетричність гримас та реакцію на больові подразники. Якщо обличчя не видно (через пошкодження/пов'язку, інтубацію трахеї або інші причини), усуньте усі перешкоди, наскільки це можливо.

Шкала: її визначення**о: нормальна симетрична міміка.****1: легкий парез** (згладженість носо-губної складки, асиметрична посмішка).**2: помірний парез** (повний чи майже повний параліч нижніх мімічних м'язів — центральний тип).**3: повний одно- чи двобічний параліч** (без міміки у верхній та нижній частинах обличчя — периферичний тип).**ОЦІНКА:** _____**5. СЛАБКІСТЬ РУК**

Оцінюйте кожну кінцівку по черзі, починаючи з менш ураженої. Надайте руці хворого початкове положення: випростайте руку хворого (долонею донизу) під кутом 90° до тіла (якщо хворий сидить)

або 45° до тіла (якщо хворий лежить) і попросіть, щоб він так її утримував. Під опусканням розуміють рух руки донизу в перші 10 секунд. Хворого з афазією заохотьте владним голосом і жестами, але не завдавайте болю. Тільки у випадках ампутації чи анкілозу плечового суглоба зазначте, що цей розділ неможливо оцінити (Н/О), і надайте чітке письмове пояснення.

Шкала: її визначення

0: опускання немає, рука утримується в початковому положенні протягом 10 секунд.

1: опускання, рука спочатку утримується в початковому положенні (90° або 45°), але починає рухатися донизу протягом перших 10 секунд, не торкаючись ліжка або іншої опори.

2: окремі спроби подолати силу тяжіння; хворий не може самостійно поставити руку в початкове положення або утримувати її в цьому положенні, і рука опускається на ліжку, але є певні зусилля проти сили тяжіння.

3: немає спроб подолати силу тяжіння, рука одразу падає.

4: відсутні будь-які рухи.

Неможливо Оцінити (Н/О) — поясніть: ампутація, анкілоз суглоба, інше. _____

ОЦІНКА:

5а: ліва рука _____

5б: права рука _____

6. СЛАБКІСТЬ НІГ

Оцінюйте кожну кінцівку по черзі, починаючи з менш ураженої (завжди в положенні горілиць). Надайте нозі хворого початкове положення: під кутом 30° до ліжка — і попросіть, щоб він її так утримував. Під опусканням розуміють рух ноги донизу в перші 5 секунд. Хворого з афазією заохотьте владним голосом і жестами, але не завдавайте болю. Тільки у випадках ампутації чи анкілозу кульшового суглоба зазначте, що цей розділ неможливо оцінити (Н/О), і надайте чітке письмове пояснення.

Шкала: її визначення

Продовження додатку № 5

0: опускання немає, нога утримується під кутом 30° протягом 5 секунд.

1: опускання, нога починає рухатися донизу впродовж перших 5 секунд, але не торкається ліжка.

2: окремі спроби подолати силу тяжіння; нога падає на ліжку протягом перших 5 секунд, але з певними зусиллями проти сили тяжіння.

3: немає спроб подолати силу тяжіння, нога одразу падає на ліжку.

4: відсутні будь-які рухи.

Неможливо Оцінити (Н/О) — поясніть: ампутація, анкілоз суглоба, інше. _____

ОЦІНКА:

6а: ліва нога _____

6б: права нога _____

7. АТАКСІЯ В КІНЦІВКАХ

У цьому розділі виявляють ознаки однобічного ураження мозочку. Попросіть хворого, щоб під

час огляду не заплющувати очі. У разі зорових порушень проводьте пробу в збереженому полі зору. Виконуйте проби «палець — ніс — палець» та «п'ята — коліно» з обох боків; нараховуйте бали за атаксію лише тоді, коли атаксія є більшою за слабкість. Якщо хворий не розуміє мови або є паралізованим, атаксії немає (**оцінка 0**). Тільки у випадках ампутації чи анкілозу суглоба зазначте, що цей розділ неможливо оцінити (Н/О), і запишіть чітке пояснення.

Шкала: її визначення

0: немає.

1: є в одній кінцівці.

2: є у двох кінцівках.

Неможливо Оцінити (Н/О) — поясніть: ампутація, анкілоз суглоба, інше. _____

ОЦІНКА: _____

8. ЧУТЛИВІСТЬ

Оцінюйте чутливість або гримаси хворого під час уколів одноразовою голкою чи ухилення від больових подразників (у разі значного порушення свідомості чи афазії). Враховуйте тільки втрати чутливості від інсульту. Перевіряйте пильно в різних ділянках тіла (руки, але не кисті, ноги, тулуб, обличчя), щоб надійно виключити гемігіпестезію. **Оцінку «2»** виставляйте тільки тоді, коли немає сумнівів, що у хворого є дуже значна або повна втрата чутливості. Тому хворому з порушенням свідомості або з афазією поставте **оцінку «1» або «0»**. Хворому зі стовбуровим інсультом та двобічною втратою чутливості поставте **оцінку «2»**. Якщо хворий не відповідає і має тетраплегію, визначте **оцінку «2»**. Хворому в комі (оцінка «3» у підрозділі 1А) в цьому розділі відразу поставте **оцінку «2»**.

Шкала: її визначення

0: норма; втрати чутливості немає.

1: легка чи помірна втрата чутливості; на ураженому боці пацієнт відчуває дотик як менш гострий чи тупий; або хворий не відчуває болю, але відчуває, коли до нього доторкуються.

2: тяжка або повна втрата чутливості; хворий не відчуває дотиків на обличчі, руці та нозі.

ОЦІНКА: _____

9. МОВА

Багато відомостей щодо розуміння мови ви вже отримали під час попередніх оглядів. Попросіть хворого описати, що зображено на запропонованому малюнку, назвати зображені речі та прочитати речення. Оцінюйте розуміння мови на підставі отриманих відповідей, а також виконання наказів під час загального неврологічного огляду. Якщо розлади зору заважають оглядові, попросіть хворого назвати речі, які кладуть йому в руку, повторювати фрази та говорити. У разі інтубації трахеї попросіть хворого написати. Хворий у комі (**оцінка «3»** в підрозділі 1А) в цьому розділі відразу отримує **оцінку «3»**. Якщо у хворого порушена свідомість або хворий не може співпрацювати, оцініть хворого на власний розсуд, але з бали ставте тільки тоді, коли хворий є німим і не виконує жодного наказу.

Шкала: її визначення**о: афазії немає;** норма.

1: легка чи помірна афазія; є деякі чіткі ознаки втрати плавності або розуміння мови, але без значних обмежень у висловлюванні думок. Порушення мовлення та/або розуміння мови ускладнюють або унеможливають розмову про те, що намальовано. Однак ви можете зрозуміти з відповідей хворого, що зображено на малюнку, а також назви зображених предметів.

2: тяжка афазія; спілкування обмежується уламками фраз. Необхідно здогадуватись, що хворий має на увазі, та/або перепитувати. Обсяг інформації, якою можливо обмінятися, дуже обмежений; тягар спілкування лежить на слухачеві. Із відповідей хворого ви не можете зрозуміти, що є на малюнку, а також назви зображених предметів.

3: німота, повна афазія; немає ані змістовного мовлення, ані розуміння мови.

Пацієнти в комі автоматично отримують **оцінку «3»**. При порушенні свідомості оцінку встановлює дослідник, але **оцінка «3»** ставиться тільки при аутизмі та повному ігноруванні простих команд.

ОЦІНКА: _____**10. ДИЗАРТРИЯ**

Не інформуйте пацієнта, що ви збираєтесь оцінювати. При нормальній артикуляції пацієнт говорить розбірливо, у нього немає труднощів при вимовлянні складних звуків та словосполучень, скоромовок. При важкій афазії оцінюється вимовляння окремих звуків та фрагментів слів; при аутизмі ставиться **оцінка «2»**.

Якщо тест провести неможливо (інтубація трахеї, травма обличчя), даний розділ помічається **Н/О** (неможливо оцінити) та надається пояснення причин.

Коли значних порушень немає, оцініть вимову хворого, попросивши його прочитати та повторити слова на долученій сторінці. Якщо у хворого наявна тяжка афазія, оцініть чіткість вимови та довільного мовлення. Тільки в разі інтубації або інших фізичних перешкод для мовлення зазначте, що цей розділ неможливо оцінити (Н/О), і надайте чітке письмове пояснення. Не пояснюйте хворому, що саме ви оцінюєте.

Шкала: її визначення**о: норма.**

1: легка чи помірна дизартрія; хворий «змазує» деякі слова й іноді буває складно його зрозуміти.

2: тяжка дизартрія; вимова настільки спотворена, що пацієнта неможливо зрозуміти (афазії немає або її ступінь значно поступається дизартрії), чи хворий зовсім не говорить (німота).

Неможливо Оцінити (Н/О) — поясніть: інтубація, фізична перешкода, інше.

ОЦІНКА: _____**11. ВИКЛЮЧЕННЯ АБО БРАК УВАГИ (інші можливі назви синдрому ГЕМІІГНОРУВАННЯ, НЕГЛЕКТ)**

Під сенсорним геміігноруванням розуміють порушення сприймання на одній половині тіла (завжди зліва) при нанесенні подразнень одночасно з обох боків (за відсутності гемігіпестезії).

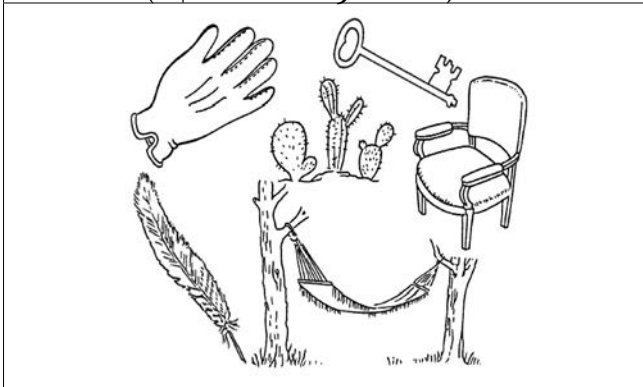
Під візуальним геміігноруванням розуміють порушення сприймання об'єктів у лівій половині поля зору за відсутності лівосторонньої геміанопсії.

Під час попередніх оглядів ви могли отримати досить інформації щодо браку уваги чи вибіркового сприйняття. Якщо одночасна подвійна стимуляція неможлива через значне звуження полів зору (геміанопсію), а чутливість шкіри збережена, оберіть **оцінку «о»**. Якщо хворий з афазією звертає увагу на подразники з обох боків — **оцінка «о»**. Якщо є брак зорової уваги до частини простору або анозогнозія, це підтверджує порушення. Оскільки ці порушення оцінюються, лише коли вони є, цей розділ ніколи не буває таким, що неможливо оцінити.

Шкала: її визначення**о: порушень немає.**

1: брак уваги до зорових, дотикових, слухових, просторових чи тілесних подразників або виключення (вибіркове сприйняття) подразників однієї сенсорної модальності; при одночасному нанесенні подразників з обох боків вони сприймаються лише з одного боку.

2: тяжкий брак уваги або виключення (вибіркове сприйняття) подразників більше ніж однієї модальності (наприклад, не впізнає власну руку або орієнтується в просторі лише з одного боку).

ОЦІНКА: _____**Додатки****Малюнок (оцінювання п. 9. МОВА)**

Додатки	
Словосполучення до оцінювання афазії (до п. 9. МОВА)	Ти знаєш як. Вниз до землі. Я повернувся додому з роботи. Поблизу столу у вітальні. Вони чули його виступ по радіо минулого вечора.
Слова для оцінки дизартрії (до п. 10. ДИЗАРТРИЯ)	МАМА ТІК-ТАК ВРЕШТІ-РЕШТ СКЛИКАННЯ СТУДЕНТСЬКИЙ ФУТБОЛІСТ
Загальна кількість балів при оцінці пацієнта	
ВИЗНАЧЕННЯ ТЯЖКОСТІ ІНСУЛЬТУ ЗА БАЛАМИ за NIHSS	
ДО 5 БАЛІВ	ЛЕГКИЙ ІНСУЛЬТ
6-13 БАЛІВ	ІНСУЛЬТ СЕРЕДНЬОЇ ТЯЖКОСТІ
14-20 БАЛІВ	ТЯЖКИЙ ІНСУЛЬТ
БІЛЬШЕ 20 БАЛІВ	ДУЖЕ ТЯЖКИЙ ІНСУЛЬТ

Додаток № 6
до уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

Шкала тяжкості інсульту Національних інститутів здоров'я США (NIHSS), форма для історії хвороби

1а. Рівень свідомості		0, 1, 2, 3	
1в. Відповіді на запитання		0, 1, 2	
1с. Виконання команд		0, 1, 2	
2. Окорухові реакції		0, 1, 2	
3. Зір		0, 1, 2, 3	
4. Парез лицьової мускулатури		0, 1, 2, 3	
5. Рухи у верхній кінцівці	- ліва рука - права рука	0, 1, 2, 3, 4	
6. Рухи у нижній кінцівці	- ліва нога - права нога	0, 1, 2, 3, 4	
7. Атаксія в кінцівках		0, 1, 2	
8. Чутливість		0, 1, 2	
9. Мова		0, 1, 2, 3	
10. Дизартрія		0, 1, 2, 9	
11. Виключення або брак уваги (ігнорування, неглект)		0, 1, 2	
Сума балів			
Дата обстеження	Час обстеження	Лікар (ПІБ) підпис	

ВИЗНАЧЕННЯ ТЯЖКОСТІ ІНСУЛЬТУ ЗА БАЛАМИ за NIHSS	
До 5 балів	Легкий інсульт
6-13 балів	Інсульт середньої тяжкості
14-20 балів	Тяжкий інсульт
Більше 20 балів	Дуже тяжкий інсульт

Додаток № 7

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

СКРИНІНГ НА ПОРУШЕННЯ КОВТАННЯ

« ____ » _____ 20__ Р. ____ год ____ хв

ПІБ _____ Вік _____ років. І/х № _____

ПОПЕРЕДНЄ ОЦІНЮВАННЯ (тільки хворих, що реагують, оцінювати в положенні сидючи)Рівень свідомості: ясна оглушення сопор комаСтиснення губ нормальне неповнеГолос нормальний слабкий/хриплий «вологий» відсутнійДовільний кашель нормальний слабкий відсутній**ЕТАПИ ОЦІНЮВАННЯ**

Якщо на будь-якому з етапів 1, 2 чи 3 складається враження, що ковтання є небезпечним → оцінювання необхідно припинити та перейти до ЕТАПУ 5.

ЕТАП 1. У положенні сидючи дайте хворому тричі по 1 чайній ложці води та пальпуйте рухи щитоподібного хряща

Рухи щитоподібного хряща при ковтанні

Спроба 1

- Нормальні
 Сповільнені
 Відсутні

Спроба 2

- Нормальні
 Сповільнені
 Відсутні

Спроба 3

- Нормальні
 Сповільнені
 Відсутні

Кашель під час або після ковтання (більше одного разу)

 Немає + Є Немає + Є Немає + Є

«Вологий» або змінений голос після ковтання ложки води

 Немає + Є Немає + Є Немає + Є

Повільне витікання води з рота

 Немає + Є Немає + Є Немає + Є

Якщо є хоча б один результат +, → СТОП (нічого через рот) — замовити консультацію логопеда для оцінювання ковтання. Якщо ковтання виявилось безпечним, перейти до Етапу 2.

ЕТАП 2. Якщо ковтання на Стадії 1 виявилось безпечним, попросіть пацієнта випити близько 50 мл води зі стакану

Кашель під час або після ковтання (більше одного разу)

Спроба 1 Немає + Є**Спроба 2** Немає + Є**Спроба 3** Немає + Є

«Вологий» або змінений голос після ковтання води

 Немає + Є Немає + Є Немає + Є

Повільне витікання води з рота

 Немає + Є Немає + Є Немає + Є

Якщо є хоча б один результат +, → СТОП (нічого через рот) та повторити Етап 2 через 24 год. Якщо ковтання виявилось безпечним, перейти до Етапу 3.

ЕТАП 3. Спостерігати за хворим, який їсть йогурт або сирний десерт

Їжа падає з рота?

 Ні + Так

Накопичення/залишки їжі в роті?

 Ні + Так

Кашляє/давиться?

 Ні + Так

Хворий повідомив про труднощі з ковтанням?

 Ні + Так

Ковтання вільне та безпечне? Так Ні, утруднене

Якщо є хоча б один результат +, → СТОП (нічого через рот) — замовити консультацію логопеда для оцінювання ковтання. Якщо ковтання виявилось безпечним, перейти до Етапу 4.

ЕТАП 4. Спостерігати за хворим, який їсть овочеве або картопляне пюре

Їжа падає з рота?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так
Накопичення/залишки їжі в роті?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так
Кашляє/давиться?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так
Хворий повідомив про труднощі з ковтанням?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так

Ковтання вільне та безпечне? Так Ні, утруднене

Якщо є хоча б один результат +, → СТОП (нічого через рот) — замовити консультацію логопеда для оцінювання ковтання. Якщо ковтання виявилось безпечним, м'яка дієта.

ЕТАП 5. Спостерігати за хворим, який їсть м'яку дієту

Їжа падає з рота?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так
Накопичення/залишки їжі в роті?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так
Кашляє/давиться?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так
Хворий повідомив про труднощі з ковтанням?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так

ВИСНОВОК

Ковтання вільне та безпечне? Так Ні, утруднене

Якщо є хоча б один результат +, → СТОП (нічого через рот) — замовити консультацію логопеда для оцінювання ковтання. Якщо ковтання виявилось безпечним, погодити з логопедом призначення звичайного харчування.

Скринінг проводив (прізвище, ініціали) _____

Додаток № 8

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

Шкала Ханта-Хесса для оцінки стану пацієнта з субарахноїдальним крововиливом

Градація	Критерії тяжкості стану
I	Безсимптомний перебіг захворювання або незначний головний біль і слабо виражена ригідність м'язів шиї
II	Помірний або виражений головний біль, ригідність м'язів шиї, відсутні вогнищеві неврологічні симптоми, проте спостерігається параліч черепного нерва
III	Сонливість або сплутаність свідомості, наявні слабо виражені вогнищеві неврологічні симптоми
IV	Сопор, помірний або виражений геміпарез; можливі початкові ознаки децеребраційної ригідності, вегетативні порушення
V	Кома, децеребраційна ригідність

Подальша тактика лікування: I-III ст. — хірургічне лікування, IV-V ст. — інтенсивна терапія з метою стабілізації стану пацієнта і підготовки до хірургічного лікування.

Додаток № 9

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

Модифікована Шкала Ренкіна (Modified Rankin Scale — mRS)

Оцінка	Опис
0	Відсутність симптомів
1	Відсутність суттєвої функціональної неспроможності, незважаючи на наявність симптомів, здатність до виконання повсякденних обов'язків і буденної активності
2	Легке порушення функціональної спроможності; нездатність до минулої активності, але збережена здатність до обслуговування власних потреб без сторонньої допомоги
3	Помірне порушення функціональної спроможності, необхідність деякої сторонньої допомоги, збережена здатність ходити без сторонньої допомоги
4	Помірно-тяжке порушення функціональної спроможності; нездатність ходити без сторонньої допомоги і самостійно задовольняти фізіологічні потреби
5	Важка функціональна неспроможність; «прикутість» до ліжка, нетримання сечі та калу; потреба в постійному нагляді та увазі

Джерела

1. Rankin J. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. Scott // Med. J. — 1957. — 2. — P. 200-15.
2. Bonita R., Beaglehole R. Modification of Rankin Scale: Recovery of motor function after stroke // Stroke. — 1988 Dec. — 19 (12). — P. 1497-1500.
3. Van Swieten J.C., Koudstaal P.J., Visser M.C., Schouten H.J., van Gijn J. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients // Stroke. — 1988. — 19 (5). — P. 604-7.

Додаток № 10

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

Інформаційний лист для пацієнта

Ви або близька вам людина перенесли інсульт... Можливо, це призвело до розвитку паралічу однієї половини тіла або до порушення ходи чи мовлення, розладів чутливості. Ви не поодинокі у вашій біді! Щорічно інсульт переносять 100 тисяч наших співвітчизників. Не впадайте у відчай! Безвихідних ситуацій не існує. Життя після перенесеного інсульту продовжується! Якщо Ви не байдужі до себе та до своїх близьких, піклуетесь про своє здоров'я та бажаєте здоров'я та повноцінного довголіття своїм близьким, якщо Ви хочете дізнатися, як запобігти повторному інсульту, отже, ця інформація саме для Вас. Буклет, який Ви тримаєте в руках, містить інформацію про інсульт та сучасні методи профілактики цієї хвороби.

Інсульт — це гострий стан розладу здоров'я, який характеризується раптовим початком і проявляється порушення кровообігу в головному мозку.

Запам'ятайте!

Лікування інсульту необхідно проводити тільки в стаціонарі. Швидке звернення по спеціалізовану медичну допомогу зменшує смертність та інвалідизацію пацієнтів, надає можливість проведення найбільш ефективних методів лікування.

Не втрачайте й хвилини — найкращий результат у лікуванні інсульту можна отримати, коли сучасна допомога надається в перші хвилини та години від перших ознак інсульту.

Для діагностики інсульту обов'язково треба зробити діагностичну комп'ютерну томографію головного мозку (КТ головного мозку).

Що таке геморагічний інсульт?

Геморагічний інсульт — це розрив судин, який викликає крововилив у головний мозок, руйнуючи певну ділянку мозку і призводячи до загибелі мозкових клітин. При загибелі мозкових клітин людина втрачає контроль над функ-

ціями, за які відповідала та чи інша ушкоджена ділянка мозку. Ступінь важкості цих розладів залежить від локалізації крововиливу та його розмірів. Різні ділянки мозку відповідають за різні функції. Наприклад, при ураженні правих відділів мозку розвивається слабкість або параліч лівої половини тіла. Ознаки інсульту залежать від того, яка ділянка мозку ушкодилась. Найчастіше інсульт вражає людей після 60 років. Кожний третій інсульт призводить до смерті хворого. Для відновлення втрачених функцій після перенесеного інсульту може знадобитися шість і більше місяців інтенсивної реабілітації. Багато хто з пацієнтів повністю відновлюється і повертається до активного повноцінного життя.

Чи всі геморагічні інсульти однакові?

Ні. Геморагічний інсульт може бути двох основних видів.

Субарахноїдальний крововилив — розрив судин, що розташовані на поверхні м'якої мозкової оболонки, коли кров витікає із судини і зосереджується між мозком та черепом. Зазвичай відбувається розрив мозкової артерії в ділянці її розширення, яке називається аневризмою.

Внутрішньомозковий крововилив — розрив судин, що розташовані в глибині тканини мозку, коли кров витікає із судин і накопичується в обмеженому просторі, утворюючи гематому.

Які причини можуть призвести до розриву кровоносних судин мозку?

- Системне ураження церебральних судин (атеросклероз, амілоїдна дистрофія).
- Високий неконтрольований артеріальний тиск.
- Вроджені вади судинної стінки мозкової судини (аневризми, артеріовенозні мальформації).
- Тютюнопаління.
- Приймання наркотиків.

Як лікується геморагічний інсульт?

При виявленні на комп'ютерній томографії геморагічного інсульту пацієнта обов'язково повинен проконсультувати нейрохірург, який визначає подальшу тактику лікування пацієнта. У переважній кількості випадків при геморагічному інсульті хворі повинні перебувати на лікуванні в нейрохірургічному відділенні. У випадках крововиливів унаслідок розриву аневризми, артеріовенозної мальформації або при формуванні в мозку гематоми лише нейрохірургічна операція здатна врятувати життя хворого або знизити ризик тяжкої інваліднос-

ті. Завдяки нейрохірургічному втручанню можливо попередження повторних крововиливів шляхом надійного блокування причини крововиливу (аневризми або артеріовенозної мальформації), а також звільнення мозкових структур від стиснення шляхом видалення гематоми.

Які найбільш важливі ознаки гострого інсульту?

1. Раптова слабкість, заніміння, параліч половини тіла або тільки обличчя, руки, ноги.
2. Раптовий інтенсивний головний біль, який хворі описують як «найжахливіший біль у житті».
3. Раптове порушення чіткості зору.
4. Раптове порушення мовлення (немає можливості говорити та розуміти звернену до тебе мову).
5. Раптове запаморочення, втрата координації рухів, нудота, блювання, деколи втрата свідомості.

Як уникнути повторного інсульту?

Інсульт може статися знову, якщо не проводити ефективну профілактику цієї хвороби. На жаль, у тих, хто переніс інсульт, дуже високий шанс розвитку **повторного інсульту**. За даними наукових досліджень, у осіб, що перенесли інсульт, вірогідність повторного інсульту вища в 15 разів, ніж у тих, у кого інсульту не було. Стан атеросклеротично змінених судин мозку та наявність ураження мозкових судин (аневризми або артеріовенозна мальформація) обумовлюють збереження ризику повторного внутрішньочерепного крововиливу. Доведено, що ризик повторного інсульту може сягати 50% упродовж перших 6 місяців після розриву аневризми та дещо знижується в наступні роки. Ваш лікар може визначити, який у Вас ступінь ризику повторення інсульту та профілактичні заходи, що знижуватимуть цей ризик.

Як знизити ризик розвитку повторного інсульту?

На сьогодні існують рекомендації щодо ефективної профілактики розвитку повторних інсультів, якими користуються лікарі всього світу. Доведено, що правильно підібрані ефективні медикаментозні та немедикаментозні методи профілактики, які доповнюють один одного, суттєво впливають на прогноз хвороби та якість життя пацієнтів, що перенесли інсульт. Ефективна профілактика розвитку повторного інсульту повинна обов'язково включати такі заходи:

- Щоденний контроль та ефективне лікування підвищеного артеріального тиску. Артеріальний тиск повинен бути на рівні 140/90 мм рт.ст. і нижче. У пацієнтів із цукровим діабетом — 130/80 мм рт.ст. Контроль та корекція рівня холестерину суттєво впливають на подальший розвиток та прогресування атеросклерозу. У пацієнтів із високим рівнем холестерину в крові обов'язковим є призначення засобів, що нормалізують його рівень у сироватці крові.

Зверніть увагу на факторі ризику повторного інсульту, які також суттєво впливають на розвиток повторного інсульту:

Паління

Припиніть або, у крайньому разі, скоротіть кількість викурених цигарок у день. Пам'ятайте! Курці мають на 50% більше шансів перенести повторний інсульт, ніж ті, хто не палить.

Прийом алкоголю

Зловживання алкоголем призводить до підвищення ризику розвитку повторного геморагічного інсульту (крововиливу в мозок). Скоротіть вживання алкоголю до мінімуму або припиніть його вживання зовсім.

Надмірна вага тіла

Надмірна вага негативно впливає на роботу серця і судин. У осіб із надмірною вагою та ожирінням часто підвищений артеріальний тиск і цукровий діабет. Перераховані фактори значно впливають на ризик розвитку повторного інсульту. Для зниження цього ризику необхідні заходи щодо корекції маси тіла, які може Вам запропонувати лікар для кожного індивідуально.

Низька фізична активність

Щоденні прогулянки пішки не менше 30 хвилин — оптимальний вид фізичного навантаження. Не уникайте цього. Рух — це життя!

Пам'ятайте! Ваше одужання залежить від Вас.

Профілактичні заходи, спрямовані на запобігання розвитку повторного інсульту, повинні починатися з другого тижня після перенесеного інсульту і продовжуватись постійно, часто місяцями та роками, без перерви, під пильним наглядом лікаря

Якщо після того як Ви прочитали цей буклет, у Вас ще лишилися запитання щодо проблеми профілактики інсульту, Ви мо-

жете отримати більш детальну інформацію на сайті Української асоціації боротьби з інсультом: www.insult.net.ua

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!

ОЗНАКИ ГОСТРОГО ІНСУЛЬТУ

Раптова
слабкість м'язів, замінина в області обличчя, руки, ноги або однієї половини тіла

Раптове
порушення мовлення та розуміння звернутої мови

Раптова
повна або часткова втрата зору на одне або обидва ока

Раптовий
незвичайно сильний головний біль

Раптова
втрата рівноваги, головокружіння, нудота у поєднанні із іншими вищеперерахованими ознаками

Щоб врятувати пацієнта з гострим інсультом, НЕГАЙНО телефонуйте **103**

Українська Асоціація Боротьби з Інсультом

ПЕРЕВІРТЕ !

Чи може у Вас виникнути інсульт?

① Визначити свій ризик розвитку інсульту!

Фактор ризику	Високий ризик розвитку інсульту	Увага! Зверніться до лікаря!	Низький ризик розвитку інсульту
Артеріальний тиск	Більше 140/90 мм рт.ст. або "Я не знаю свого артеріального тиску"	Артеріальний тиск від 120/80 мм рт.ст. до 139/89 мм рт.ст.	Артеріальний тиск менше ніж 120/80 мм рт.ст.
Рівень холестерину в плазмі крові	<ul style="list-style-type: none"> Я не знаю який у мене рівень холестерину У мене високий рівень холестерину (6,2 ммоль/л та більше) 	Мій рівень холестерину (5,2–6,2 ммоль/л)	У мене нормальний рівень холестерину (менше 5,2 ммоль/л)
Я хворю на цукровий діабет	Так	Цукор крові вище 6,1 ммоль/л	Цукор крові в нормі
Ви палите?	Я палю	Я палю, але кинув	Я ніколи не палив
Порушення серцевого ритму	Я відчуваю перебої серцевого ритму	Я не знаю	Моє серце б'ється ритмічно
Маса тіла	Я маю надлишкову вагу	Я маю підвищену вагу	Я маю нормальну вагу
Заняття фізичними вправами	Я не маю ніякої фізичної активності	Я ніколи займаюсь фізичними вправами	Я регулярно займаюсь фізичними вправами (не рідше 3 разів на тиждень)
В мой сім'ї є випадки захворювання на інсульт у найближчих родичів	Так	Я не вивчений	Немає
Загальна кількість балів			

Кожна відповідь оцінюється в 1 бал

② Оцініть свій ризик розвитку інсульту!

3 і більше балів, які Ви нарахували у червоних клітинках	Негайно зверніться до лікаря — у Вас дуже високий ризик розвитку інсульту і необхідно застосувати активні профілактичні заходи щоб уникнути інсульту в найближчий час.
4–6 балів, які Ви нарахували в жовтих клітинках	У Вас високий ризик розвитку інсульту. Зверніться до лікаря за порадою.
4–6 балів, які Ви нарахували в зелених клітинках	Подорожуйтемо! Ви контролюєте свій стан здоров'я і на теперішній час у Вас низький ризик розвитку інсульту. Так тримати!

Як знизити ризик розвитку інсульту?

- Контролюйте свій артеріальний тиск. Якщо у Вас артеріальний тиск підвищений — зверніться до лікаря.
- Зверніться до лікаря у разі не ритмічного серцебиття.
- Киньте палити
- Обмежте вживання алкогольних напоїв
- Зверніться в лабораторію поліклініки та визначити рівень холестерину в крові.
- Якщо у Вас цукровий діабет — ретельно дотримуйтесь рекомендацій лікаря щодо контролю рівня глюкози в крові.
- Займайтесь фізичними вправами регулярно.
- Обмежте вживання соленої та жирної їжі
- Запитайте свого лікаря "Що я повинен зробити, щоб знизити ризик розвитку інсульту?"

Перші ознаки інсульту повинен знати кожний!

- Раптова слабкість м'язів, заміна в області обличчя, руки, ноги або однієї половини тіла.
- Раптове порушення мовлення та розуміння звернутої мови.
- Раптова повна або часткова втрата зору на одне або обидва ока.
- Раптовий незвичайно сильний головний біль.
- Раптова втрата рівноваги, головокружіння, нудота у поєднанні з іншими вищеперерахованими ознаками.

Щоб врятувати хворого з інсультом, НЕГАЙНО телефонуйте

103

Додаток № 11

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високо-спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

Індекс активності у повсякденному житті (шкала БАРТЕЛ)

ПРИЙОМ ЇЖИ
<p>0 — повністю залежить від допомоги оточуючих (необхідне годування зі сторонньою допомогою)</p> <p>5 — частково потребує допомоги, наприклад, при розрізанні їжі, намазуванні масла на хліб і т.д., при цьому приймає їжу самостійно</p> <p>10 — не потребує допомоги (здатний їсти будь-яку нормальну їжу, не тільки м'яку, самостійно користується всіма необхідними столовими приборами; їжа готується і сервірується іншими особами, але не розрізається)</p>
ПРИЙОМ ВАННИ
<p>0 — залежний від оточуючих</p> <p>5 — незалежний від оточуючих: приймає ванну (входить і виходить з неї, миється) без сторонньої допомоги або миється під душем, не потребуючи нагляду чи допомоги</p>
ПЕРСОНАЛЬНА ГІГІЄНА (чищення зубів, маніпуляція із зубними протезами, зачісування, гоління, вмивання обличчя)
<p>0 — потребує допомоги при виконанні процедури особистої гігієни</p> <p>5 — незалежний від оточуючих при вмиванні обличчя, зачісуванні, чищенні зубів, голінні</p>
ОДЯГАННЯ
<p>0 — залежний від оточуючих</p> <p>5 — частково потребує допомоги (наприклад, при заціпанні гудзиків), але більше половини дій виконує самостійно, деякі види одягу може вдягати повністю самостійно, витрачаючи на це розумну кількість часу</p> <p>10 — не потребує допомоги, в тому числі при заціпанні гудзиків, зав'язуванні шнурівок і т.д., може вибирати і надягати будь-який одяг</p>
КОНТРОЛЬ ДЕФЕКАЦІЇ
<p>0 — нетримання калу (або потребує застосування клізми, яку ставить особа, що доглядає)</p> <p>5 — випадкові інциденти нетримання калу (не частіше одного разу на тиждень) або необхідна допомога при використанні клізми, свічок</p> <p>10 — повний контроль дефекації, у разі потреби може використовувати клізму або свічки, не потребує допомоги</p>
КОНТРОЛЬ СЕЧОВИПУСКАННЯ
<p>0 — нетримання сечі, або використовується катетер, керувати яким хворий самостійно не може</p> <p>5 — випадкові інциденти нетримання сечі (максимум один раз за 24 години)</p> <p>10 — повний контроль сечовипускання (в тому числі й випадки катетеризації сечового міхура, коли хворий самостійно справляється з катетером)</p>
КОРИСТУВАННЯ ТУАЛЕТОМ (переміщення в туалеті, роздягання, очищення шкірних покривів, вдягання, вихід із туалету)
<p>0 — повністю залежний від допомоги оточуючих</p> <p>5 — потребує деякої допомоги, проте частину дій, у тому числі персональні гігієнічні процедури, може виконувати самостійно</p> <p>10 — не потребує допомоги (при переміщеннях, вдяганні та роздяганні, виконанні гігієнічних процедур)</p>
ПЕРЕМІЩЕННЯ (з ліжка на крісло і навпаки)
<p>0 — переміщення неможливе, не здатний сидіти (втримувати рівновагу), для підняття з ліжка потрібна допомога двох осіб</p> <p>5 — при вставанні з ліжка потрібна значна фізична допомога (одної сильної/обізнаної особи або двох звичайних людей), може самостійно сидіти на ліжку</p> <p>10 — при вставанні з ліжка потрібна незначна допомога (одної особи) або потрібний догляд, вербальна допомога</p> <p>15 — незалежний від оточуючих (не потребує допомоги)</p>

Продовження додатку 11

ЗДАТНІСТЬ ДО ПЕРЕСУВАННЯ ПО РІВНІЙ ПЛОЩИНІ (переміщення в межах будинку/палати і поза будинком; можуть використовуватись допоміжні засоби)
0 — не здатний до переміщення або долає менше 45 м
5 — здатний до незалежного пересування в інвалідному візку на відстань більше 45 м, у тому числі оминати кути і користуватись дверима та самостійно повертати за риг
10 — може ходити з допомогою однієї особи або двох осіб (фізична підтримка або нагляд і вербальна підтримка), проходить більше 45 м
15 — незалежний від оточуючих (але може використовувати допоміжні засоби, наприклад паличку), долає самостійно більше 45 м
ПОДОЛАННЯ СХОДІВ
0 — не здатний підніматись по сходах, навіть із підтримкою
5 — потрібна фізична підтримка (наприклад, щоб піднести речі), нагляд або вербальна підтримка
10 — незалежний

Оцінка пацієнта за індексом Бартел

ВИД ДІЯЛЬНОСТІ	Оцінка до початку лікування та реабілітації	Оцінка при виписці на домашню програму реабілітації
Приймання їжі		
Приймання ванни		
Персональна гігієна		
Одягання		
Контроль дефекації		
Контроль сечовипускання		
Користування туалетом		
Переміщення (з ліжка на крісло і навпаки)		
Здатність до пересування по рівній площині		
Подолання сходів		

Оцінку проводив (ПІБ) _____

Інструкції

1. При оцінці за шкалою слід реєструвати те, що хворий дійсно робить, а не те, що він міг би зробити.
2. Основна мета використання шкали є встановлення ступеня незалежності від будь-якої допомоги, фізичної або вербальної, хоча б навіть і мінімальної, і з будь-якої причини.
3. Під потребою в нагляді слід розуміти, що хворого не можна вважати *незалежним*.
4. Здатність хворого до тієї чи іншої активності слід оцінювати за найбільш достовірними даними. Зазвичай джерелом інформації є опитування хворого, його рідних або друзів, медперсоналу, також важливі результати безпосереднього спостереження і здоровий глузд, однак необхідності в цілеспрямованому дослідженні функції немає.
5. Зазвичай важлива оцінка здатності хворого в попередні 24-48 годин, але буває доцільною й оцінка за більш тривалий період часу.
6. Середні категорії оцінок означають, що «частка» хворого в здійсненні оцінювальної активності перевищує 50%.
7. Допускається застосування додаткових заходів для досягнення незалежності.

Сумарна оцінка:

45-50 балів — відповідає тяжкій інвалідності і залежності від сторонньої допомоги;

50-75 балів — свідчить про помірну інвалідність;

75-100 балів — відповідає мінімальному обмеженню або відновленню втрачених неврологічних функцій.

Водночас навіть максимальна оцінка не свідчить, що хворий може проживати самостійно — стан здоров'я все-таки може перешкоджати приготуванню їжі, регулярному відвідуванню магазину для придбання їжі і т.п.

Додаток № 12

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

Шкали оцінки інтенсивності болю

Візуально-аналогова шкала оцінки інтенсивності болю (Visual analogue scale — VAS)

Хворому пропонують на наведеній нижче лінії позначити вертикальною рискою рівень свого болю. Інтенсивність болю (відстань від початку лінії до зробленої пацієнтом позначки) вимірюють лінійкою в сантиметрах. Тому довжина шкали має становити точно 10 см.



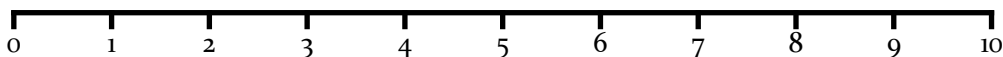
Біль відсутній



Найгірший біль, що може бути

Числова шкала оцінки інтенсивності болю (Numerical rating scale — NRS)

Хворому пропонують оцінити інтенсивність болю в балах від «0» (біль відсутній) до «10» (найгірший біль, що може бути). Використовуються також версії шкали з іншими діапазонами оцінок (наприклад, від 0 до 5). Цю шкалу інколи «доповнюють» розфарбуванням її в спектр поступового переходу кольорів від зеленого (відсутність болю) до жовтого (помірний біль) та яскраво-червоного (найгірший біль).



Біль відсутній

Помірний біль

Найгірший біль, що може бути

Джерела:

Обидві з наведених вище шкал можна знайти з посиланнями на різні першоджерела, тому дізнатись точно, кому саме належить авторство, ми не змогли.

Додаток № 13

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

Діагностика та лікування апное під час сну

Синдром обструктивного апное-гіпноє сну (СОАС), що вражає близько 5% населення, є як самостійним, так і додатковим фактором ризику виникнення повторного інсульту, інфаркту міокарда та раптової кардіальної смерті уві сні. Як відомо, СОАС виникає внаслідок звуження дихальних шляхів під час сну на рівні глотки і припинення легеневої вентиляції при дихальних зусиллях, що призводить до зниження рівня кисню в крові, затримки CO₂, активації симпатичної нервової системи і, відповідно, вазоконстрикції.

При підозрі на СОАС лікареві слід звернути увагу на епізоди переривання дихання під час сну, голосне хропіння, надмірну денну сонливість, неспокійний сон та його переривання, ранковий головний біль, зниження концентрації уваги, пам'яті, лібідо, дратівливість та надмірну вагу хворого, підвищення АТ.

З метою діагностики та оцінки специфічних симптомів і скарг використовуються спеціальні шкали. Найпоширенішою шкалою для оцінки симптомів СОАС є Epworth Sleepiness Scale.

Таблиця. Шкала Epworth Sleepiness Scale для оцінки симптомів СОАС

Активність	Можливість заснути
Читання сидячи	
Перегляд телепередач	
Перебування в громадському місці без активності (зустріч, у театрі)	
Їзда в машині на пасажирському місці протягом 1 год	
Пообідній відпочинок у тихій кімнаті	
Сидіння і розмова з ким-небудь	
Сидіння в спокої після обіду, який не включав алкоголь	
У машині під час зупинки в заторі протягом декількох хвилин	
Всього балів	

Загальна кількість балів оцінюється залежно від відповідей за балами: 0 — ніколи не засну; 1 — низька ймовірність заснути; 2 — середня ймовірність заснути; 3 — висока ймовірність заснути. Ймовірність наявності СОАС залежно від результатів тестування пацієнтів за цією шкалою оцінюється таким чином: відсутність СОАС — 8,0±3,5 бала; СОАС низького ступеня тяжкості — 11,0±4,2 бала; СОАС середнього ступеня тяжкості — 13,0±4,7 бала; СОАС високого ступеня тяжкості — 16,2±3,3 бала.

Для остаточної діагностики та корекції синдрому апное під час сну пацієнт повинен бути направлений до спеціалізованого центру, де є лабораторії полісомнографії.

Золотим стандартом діагностики СОАС в усьому світі є нічне полісомнографічне дослідження. Воно включає одночасний запис електроенцефалограми, електроокулограми, електроміограми, дихального потоку, насичення крові киснем, дихального зусилля, ЕКГ, положення тіла. Частота епізодів обструкції верхніх дихальних шляхів під час сну визначається як індекс апное + індекс гіпноє (ІАГ — епізоди повного і часткового перекривання верхніх дихальних шляхів).

Для скринінгової діагностики СОАС використовують також спрощені портативні прилади, якими пацієнт може користуватися в амбулаторних умовах. Портативні монітори можуть бути використані як альтернатива полісомнографічному дослідженню в пацієнтів із високою ймовірністю СОАС середнього чи високого ступеня тяжкості.

Лікування СОАС передбачає насамперед зниження маси тіла в осіб з ожирінням. Як патогенетичний метод лікування необхідно рекомендувати апаратне дихання під час сну з позитивним тиском повітря під час вдиху (CPAP-терапія). Крім того, хворому слід забезпечити відновлення вільної прохідності дихальних шляхів: забезпечення максимально вільного носового дихання (краплі, спеціальні наклейки тощо), застосування під час сну спеціальних приладів для підтримки постійного позитивного тиску повітря в дихальних шляхах (маски), хірургічна пластика носоглотки.

Слід вважати грубою помилкою призначення хворим із синдромом нічного апное транквілізаторів. Якщо виникає необхідність застосування снодійних, то перевагу слід віддати препаратам із мінімальним впливом на тонус м'язів глотки, наприклад золпідему. Крім того, у хворих із СОАС часто виникає необхідність контролю інших факторів серцево-судинного ризику: ожиріння, дисліпідемії, цукрового діабету, АГ, аритмій тощо.

Примітка: Більш детально інформація щодо синдрому обструктивного апное-гіпноє сну наведена в АКН «Артеріальна гіпертензія», яка рекомендована наказом МОЗ України № 384 від 24.05.2012 року.

Додаток № 14

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

Література до розділу 1.8 «Епідеміологічна інформація»

1. Стан неврологічної служби України в 2011 році / Хобзей М.К., Зінченко О.М., Голубчиков М.В., Міщенко Т.С. — Харків, 2012. — 25 с. Lloyd-Jones D., Adams R.J., Brown T.M. et al. Heart disease and stroke statistics -2010 update: a report from the American Heart Association // Circulation. — 2010. — 121. — P. 46-215.
2. Truelsen T., Piechowski-Jozwiak B., Bonita R. et al. Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data // Eur. J. Neurol. — 2006. — 13. — P. 581-98.
3. WHO. Global Burden of Stroke. 2010. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_15_burden_stroke.pdf (accessed May 15, 2011).
4. Van Asch C.J., Luitse M.J., Rinkel G.L., van der Tweel I., Algra A., Klijn C.J. Incidence, case fatality, and functional outcome of intracerebral haemorrhage over time, according to age, sex, and ethnic origin: a systematic review and meta-analysis // Lancet Neurol. — 2010. — 9. — P. 167-76.
5. Sacco S., Marini C., Toni D., Olivieri L., Carolei A. Incidence and 10-year survival of intracerebral hemorrhage in a population-based registry // Stroke. — 2009. — 40. — P. 394-99.
6. Крылов В.В., Природов А.В. Аневризмы сосудов головного мозга // Журн. Неврология. — 2008. — № 1. — С. 11-15.
7. Raaymakers T., Rinkel G., Limburg M., Algra A. Mortality and morbidity of surgery for unruptured intracranial aneurysms // Stroke. — 1998. — 29. — P. 1531-1538.
8. Molyneux A., Kerr R., Stratton I., Sandercock P., Clarke M., Shrimpton J., Holman R. International Subarachnoid Aneurysm Trial (ISAT) of neurosurgical clipping versus endovascular coiling in 2143 patients with ruptured intracranial aneurysms: a randomised trial // Lancet. — 2002. — 360. — 1267-74.

Додаток № 15

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт»

Карта пацієнта з гострим порушенням мозкового кровообігу

Вкладиш до Медичної карти стаціонарного хворого № _____

Адміністративна територія _____

Назва закладу охорони здоров'я, що заповнює форму _____

Паспортна частина

1. Прізвище, Ім'я, По батькові _____

2. Стать _____

3. Дата народження __/__/____р.

4. Поява перших симптомів ГПМК:

Дата __/__/____р. Час __-__

5. Виклик невідкладної медичної допомоги:

Дата __/__/____р. Час __-__

Догоспітальний етап

6. Проведене визначення рівня свідомості за шкалою ком Глазго:

ні так - ____ (значення)

7. Проведене оцінювання неврологічного статусу за шкалою «Мова — рука — обличчя — час» (FAST):

ні так - _____ (висновок)

8. Проведене визначення рівня глюкози крові:

ні так - _____ (значення)

9. Проведене вимірювання артеріального тиску:

ні так - _____ (значення)

10. Проведене вимірювання температури тіла:

ні так - _____ (значення)

11. Проведено ЕКГ або здійснена передача біометричних ЕКГ-сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ:

ні так - _____ (висновок)

12. Проведена пульсоксиметрія:

ні так - _____ (значення)

13. Проведена оксигенотерапія:

ні так

14. Забезпечений венозний доступ:

ні так

15. Проведена корекція АТ:

ні так - до _____ (значення)

16. Проведена корекція рівня глюкози крові:

ні так - до _____ (значення)

17. Проведене медикаментозне лікування:

ні так - _____ (вказати ЛЗ)

Госпітальний етап

18. Доставка до ЗОЗ: 18.1. Дата __/__/____р. 18.2. Час __-__

19. Проведене визначення тяжкості інсульту за Шкалою тяжкості інсульту (NIHSS) на момент госпіталізації:

ні так - ____ (значення в балах NIHSS)

Дата __/__/____р. Час __-__

20. Проведений тест на виявлення порушення ковтання:

ні так Дата __/__/____р. Час __-__

Продовження додатку № 15

21. Консультації суміжних спеціалістів:

21.1. Нейрохірург: ні так - Дата __/__/____р. Час __-__

21.2. Окуліст: ні так - Дата __/__/____р. Час __-__

21.3. Логопед: ні так - Дата __/__/____р. Час __-__

21.4. З фізичної реабілітації: ні так - Дата __/__/____р. Час __-__

21.5. _____: ні так - Дата __/__/____р. Час __-__

21.6. _____: ні так - Дата __/__/____р. Час __-__

21.7. _____: ні так - Дата __/__/____р. Час __-__

Лабораторні дослідження

22. Проведений розгорнутий загальний аналіз крові з визначенням числа тромбоцитів:

ні так - _____ (висновок)

23. МНВ: ні так

24. АЧТЧ: ні так

25. Визначений електролітний склад сироватки крові: ні так
 26. Проводилося визначення рівня глюкози (в динаміці): ні так
 27. Проведені ниркові проби (креатинін та сечовина сироватки крові): ні так
 28. Ліпідограма: ні так

Інструментальні методи

29. МР/КТ-ангіографія: ні так - Дата __/__/____р. Час __-__
 30. ЕКГ у 12 відведеннях: ні так
 31. Рентгенографія легень: ні так
 32. Ультразвукове дуплексне сканування магістральних судин голови і шиї в каротидному басейні: ні так

Додаткові методи обстеження (за показаннями)

33. ЕХО-кардіографія (трансторакальна або трансезофагальна): ні так
 34. УЗД органів черевної порожнини: ні так
 35. Люмбальна пункция: ні так
 36. Рівень С-реактивного протеїну: ні так
 37. Загальний аналіз сечі: ні так
 38. Токсикологічний скринінг: ні так

39. **Остаточний діагноз:** _____

Шифр за МКХ-10: _____

40. Призначення ацетилсаліцилової кислоти/клопідогрелю: ні так Дата __/__/____р. Час __-__
 41. Проведений тромболізис: ні так Дата __/__/____р. Час __-__
 42. Виписка з ЗОЗ: Дата __/__/____р. Час __-__
 43. Проведене оцінювання стану пацієнта за шкалою Ренкіна: ні так - _____ (висновок)
 44. Пацієнту наданий індивідуальний план (програма) заходів вторинної профілактики та корекції факторів ризику: ні так
 45. Пацієнту наданий роздрукований «Інформаційний лист для пацієнта, який переніс інсульт»: ні так

46. **Додаткова інформація щодо дотримання ЛПМД:** _____

Підпис лікаря _____

**ІНСТРУКЦІЯ з заповнення
Карті моніторингу локального протоколу медичної допомоги
пацієнту з гострим порушенням мозкового кровообігу**

Тимчасова форма-вкладиш до Медичної карти стаціонарного хворого (форма 003/0) «Карта моніторингу локального протоколу медичної допомоги пацієнту з гострим порушенням мозкового кровообігу» (далі — Карта) заповнюється закладами охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) стаціонарну допомогу пацієнтам із підозрою на гостре порушення мозкового кровообігу. Карта вкладається до Медичної карти стаціонарного хворого (форма 003/0), номер якої зазначається в заголовку Карті.

Карта призначена для моніторингу індикаторів якості медичної допомоги, внутрішнього або зовнішнього аудиту, експертної оцінки дотримання основних положень УКПМД «Ішемічний інсульт», «Геморагічний інсульт» та ЛПМД, розроблених ЗОЗ на їх основі.

Позиції 4, 5 Карті заповнюються для пацієнтів, доставлених бригадою ШМД, відповідно до Талону до супровідного листка, затвердженого наказом МОЗ України від 17.11.2010 Р. № 999. Для інших пацієнтів ці позиції заповнюються відповідно до анамнезу захворювання, задокументованого в Медичній карті стаціонарного хворого (форма 003/0). По можливості зазначається точний час появи перших симптомів ГПМК; якщо очевидців розвитку симптомів ГПМК немає, часом розвитку ГПМК слід вважати той час, коли пацієнта востаннє бачили у «звичайному» стані — без симптомів інсульту.

Позиції 6-28 заповнюються для всіх пацієнтів відповідно до інформації, задокументованої в Медичній карті стаціонарного хворого (форма 003/0), а також Карті виїзду швидкої медичної допомоги (форма № 110/0), Супровідному листку (форма № 114/0) та Талоні до супровідного листка, затверджених наказом МОЗ України від 17.11.2010 Р. № 999. У позиціях 18-21, 29, 40-41 вказується точний час процедури.

До позиції 46 вносяться стислі відомості про особливості перебігу захворювання або інші причини, що спричинили суттєві відхилення від положень УКПМД та ЛПМД (зокрема, наявність протипоказань, відмова пацієнта або його представників від проведення процедур та ін.)