

**ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
9 февраля 2012 г. N 155**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ АЛГОРИТМА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ
МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**

(в ред. постановления Минздрава от 30.12.2014 N 117)

В соответствии с Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 года "О здравоохранении" в редакции Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 года, пунктом 19 постановления коллегии Минздрава от 28 июля 2011 г. N 11.1 "Об итогах работы организаций и учреждений системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь в первом полугодии 2011 г. и основных направлениях деятельности, выполнения программ и поручений Президента Республики Беларусь и Правительства" ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемый алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией, острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения на амбулаторном этапе (далее - Алгоритм) согласно приложению 1, приложению 2 и приложению 3.

2. Начальникам управления здравоохранения областных исполнительных комитетов, председателю комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, руководителям организаций здравоохранения республиканского подчинения принять меры по реализации Алгоритма в подведомственных организациях здравоохранения.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя Министра Пиневи́ча Д.Л.

Министр

В.И.Жарко

Приложение 1

Утратило силу.
(Утратило силу. - Постановление Минздрава от 30.12.2014 N 117)

Приложение 2

Утратило силу.
(Утратило силу. - Постановление Минздрава от 30.12.2014 N 117)

АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

1. Этап амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения

Каждый пациент с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения (далее - ОНМК) нуждается в экстренной медицинской помощи.

1.1. Алгоритм диагностики при подозрении на ОНМК:

сбор анамнеза и общесоматическое обследование:

исключение возможной черепно-мозговой травмы;

выявление заболеваний, являющихся факторами риска инсульта: сердечно-сосудистых (АГ, болезни сердца - пороки, фибрилляция предсердий и т.д., проявления атеросклероза), сахарного диабета (СД), гемостазиопатии;

выявление и оценка клинических проявлений соматических заболеваний, оказывающих влияние на течение инсульта, выбор терапии и / или требующих проведения специального лечения (хронические обструктивные заболевания легких, туберкулез, СД, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, патология вен нижних конечностей, онкозаболевания и др.);

уточнение семейного анамнеза.

Неврологический осмотр:

оценка уровня сознания (ясное, оглушение, сопор, кома);

оценка нарушений высших корковых функций: памяти, речи, способности писать, читать, считать, ориентация в пространстве и собственной личности;

оценка зрительных сферы (снижение остроты зрения, изменение полей зрения и др.);

оценка черепной иннервации: зрачковые реакции; расположение и объем движений глазных яблок, чувствительность на лице, мимическая мускулатура, жевание, глотание, звучность голоса и др;

оценка двигательной сферы: слабость или отсутствие движений в конечностях, способность стоять, ходить, координация движений, наличие гиперкинезов.

Менингеальные симптомы

Основание для постановки диагноза ОНМК: остро развившиеся неврологические нарушения, которые могут быть объяснены очагом сосудистого происхождения при наличии признаков сердечно-сосудистого заболевания, нарушений системы гемостаза.

В пользу диагноза свидетельствует возникновение за короткий период времени двигательных, чувствительных и нередко речевых нарушений на фоне значительного эмоционального, физического напряжения, сразу после сна или приема горячей ванны, при высоком или низком АД. Дополнительная информация о наличии у больного любых сосудистых заболеваний (недавно перенесенный инфаркт миокарда, мерцательная аритмия, атеросклероз сосудов нижних конечностей и т.д.) или факторов риска делают первоначальный диагноз более достоверным.

При подозрении на ОНМК необходимо срочно вызвать бригаду скорой медицинской помощи (СМП).

До приезда бригады СМП пациенту необходимо обеспечить постельный режим с приподнятым на 30° головным концом кровати, измерить артериальное давление (АД).

Коррекция АД в первые сутки развития инсульта проводится при САД > 220 мм рт.ст., ДАД > 120 мм рт.ст. Наличие сопутствующей сердечной недостаточности, расслаивающей аневризмы аорты, острого инфаркта миокарда, острой почечной недостаточности, необходимости проведения тромболизиса или внутривенного введения гепарина требует начала антигипертензивной терапии при меньших цифрах. АД снижают не более чем на 10 - 15% от исходного уровня в течение 24 часов. Если пациент ранее получал антигипертензивное лечение, целесообразно его продолжение, при этом АД снижают до уровня, превышающего на 15 - 20 мм рт.ст. "привычный".

Применяют каптоприл 12,5 мг внутрь. Если через 30 - 40 мин АД снизилось на 15% - повторный прием 12,5 мг через 3 часа. Если АД не изменилось или повысилось - 25 мг внутрь. Возможно применение клонидина 0,5 - 2,0 мл 0,1% раствора внутривенно или внутримышечно. При ДАД > 140 мм рт.ст. (по результатам двукратного измерения с интервалом 5 мин) - нитроглицерин 20 - 400 мкг/мин в/в под контролем АД.

2. Этап скорой медицинской помощи:

Медицинская помощь пациентам с ОНМК на догоспитальном этапе оказывается специализированными и линейными бригадами СМП, в функции которых входят диагностика ОНМК, оказание неотложной помощи и экстренная транспортировка пациента в приемное отделение стационара.

Алгоритм действий бригады СМП:

жалобы, анамнез;

общесоматическое обследование;

неврологический осмотр;

ЭКГ;

определение содержания глюкозы в крови (по показаниям).

При подозрении на инсульт необходимо обеспечить пациенту строгий постельный режим с приподнятым на 30° головным концом кровати.

Коррекция АД проводится аналогично амбулаторно-поликлиническому этапу.

При артериальной гипотензии (систолическое АД ниже 90 мм рт.ст.): объемзаместительная терапия (гидроксиэтилкрахмал 6%, 10% раствор 250 - 500 мл/сут, 10% раствор декстрана / натрия хлорида 250 - 500 мл/сут, при отсутствии эффекта - допамин 50 мг (0,5% - 10 мл) в 250 мл 0,9% раствора хлорида натрия внутривенно капельно (10 - 20 мкг/кг/мин).

Нейропротективная терапия: эмоксипин 3% раствор 10 - 15 мл внутривенно капельно, магнезии сульфат 25% раствор 10 - 20 мл внутривенно; глицин до 1,0 г/сут сублингвально.

При головной боли: метамизол натрия 2 мл 50% раствора внутривенно или внутримышечно; баралгина 5 мл внутривенно или внутримышечно; трамадол 50 - 100 мг (1 - 2 мл раствора) внутривенно на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида или внутримышечно.

При возбуждении, судорогах: диазепам 2 мл 0,5% раствора внутривенно в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида или внутримышечно.

При повторной рвоте: метоклопрамид 2 мл (10 мг) внутримышечно или на 0,9% растворе натрия хлорида внутривенно. При гипертермии свыше 38 °С: метамизол натрия 2 мл 50% раствора внутривенно на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида или внутримышечно.

3. При наличии показаний и отсутствии противопоказаний осуществляется транспортировка в приемное отделение больницы с целью госпитализации в специализированное неврологическое отделение для инсультных больных (отделение реанимации, неврологическое отделение общего профиля или терапевтическое отделение на закрепленные койки для лечения больных инсультом).

Показания для госпитализации в неврологический стационар:

транзиторная ишемическая атака (ТИА);
инфаркт мозга;
внутричерепное, субарахноидальное кровоизлияние;
острая гипертоническая энцефалопатия;
инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт;
тромбоз мозговых вен и синусов.

Противопоказания к госпитализации в неврологический стационар:

острые инфекционные заболевания;
туберкулез легких, активная стадия;
психические расстройства в стадии обострения, предшествовавшие ОНМК;
тяжелая сопутствующая соматическая патология в стадии декомпенсации;
некурабельные злокачественные новообразования.

Противопоказания к транспортировке пациента с ОНМК:

атоническая кома;
некупируемые нарушения дыхания;
отек легких;
эпилептический статус;
выраженная артериальная гипертензия (АД 300/150 мм рт.ст. и выше);
выраженная артериальная гипотензия (АД 70/40 мм рт.ст. и ниже).

Транспортировка указанных пациентов, за исключением атонической комы, возможна только после устранения перечисленных нарушений.

При транспортировке специалист бригады СМП следит за жизненно важными функциями: уровнем сознания, проходимость верхних дыхательных путей, дыханием и гемодинамикой. Интубация и искусственная вентиляция легких обязательны пациентам в коматозном состоянии при высоком риске аспирационных осложнений и при наличии дыхательной недостаточности.

Дифференциальная диагностика типа инсульта

Важной задачей догоспитального этапа является предположительная диагностика типа инсульта, влияющая на тактику дальнейшего лечения, в том числе возможность проведения тромболитической терапии. Основные клинические критерии дифференциальной диагностики геморрагического и ишемического инсульта представлены в таблице к приложению 3. Они включают возраст пациента, предшествовавшие заболевания, продромальные симптомы, темп развития заболевания, общий вид больного, состояние дыхания, сердечно-сосудистой системы, уровня сознания, симптомокомплекс неврологических нарушений.

От тактики ведения пациента на догоспитальном этапе во многом зависят исход заболевания и судьба пациента.

Дифференциальная диагностика типа инсульта

Клинические проявления, данные дополнительных методов исследования	Геморрагический инсульт	Ишемический инсульт	
		Неэмболический	Эмболический
Возраст	45 - 60 лет, при САК - 20 - 40 лет	После 50 лет	Любой возраст при наличии источника эмболии
Предшествующие заболевания	При ВМК - артериальная гипертензия, длительно существующая, с кризовым течением	Симптомы ишемии миокарда, нижних конечностей	Заболевания сердца
Продром	Головные боли	Преходящие очаговые симптомы	Нет
Начало болезни	Внезапное, чаще днем после физического или психоэмоционального напряжения. При САК - ощущение "удара" в голову	Внезапное, чаще ночью, под утро, возможно постепенное нарастание симптомов	Внезапное
Цвет лица	Гиперемия	Бледность	Бледность
Конъюнктивы	Инъецированные	Без особенностей	
Дыхание	Храпящее	Чаще - спокойное	
АД	Выраженная АГ	Возможны различные варианты (нормо, гипо-, гипертензия)	
Пульс	Напряженный, нередко - брадикардия, может быть тахикардия	Снижение пульсации периферических и магистральных артерий, наличие синдрома обкрадывания. Может быть тахикардия	Зависит от заболевания сердца (пароксизмальная тахикардия, мерцательная аритмия)
Нарушение сознания	Часто, быстро развивается до глубокой комы	Постепенное развитие, коррелирует с нарастанием очаговой симптоматики	Часто в дебюте заболевания или может быстро развиваться впоследствии, коррелирует с тяжестью очаговой симптоматики
Двигательное	Часто	Редко	Редко

возбуждение			
Рвота	70 - 80%	Редко (2 - 5%)	Часто (25 - 30%)
Параличи, парезы конечностей	Гемиплегия с гиперрефлексией, горметонии	Неравномерный гемипарез, может нарастать до гемиплегии	Неравномерный гемипарез, чаще гемиплегия
Патологические симптомы	Часто двусторонние, более выраженные контралатерально очагу	Односторонние	Чаще односторонние
Судороги	Нечасто, при САК - до 30%	Редко	Часто как дебют заболевания
Менингеальные симптомы	Часто, при САК - всегда	Редко	Легкие
Плавающий взор	Часто	Редко	Редко
Вегетативно-трофические нарушения: сальность, потливость кожи, пароксизмальные нарушения мышечного тонуса, горметонии буллезные, пролежни	Часто, выраженные	Редко, умеренно выраженные	
Аускультация МАГ	Без патологии	Выявляет снижение пульсации сонных артерий, патологические шумы	
ЭКГ	Гипертрофия отделов сердца	Ишемические, постинфарктные изменения миокарда, нарушения ритма	
