

КП № 50.1
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ БЕЗ
ТРОМБОЛИЗА ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 4 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Мозъчен инфаркт

Включва: оклузия и стеноза на церебрални и прецеребрални артерии, предизвикващи мозъчен инфаркт

Не включва: последици от мозъчен инфаркт (I69.3)

I63.0 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на прецеребрални артерии

I63.1 Мозъчен инфаркт, причинен от емболия на прецеребрални артерии

I63.2 Мозъчен инфаркт, причинен от неуточнена оклузия или стеноза на прецеребрални артерии

I63.3 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на церебрални артерии

I63.4 Мозъчен инфаркт, причинен от емболия на церебрални артерии

I63.5 Мозъчен инфаркт, причинен от неуточнена оклузия или стеноза на церебрални артерии

I63.6 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на мозъчна вена — непиогенна

I63.8 Друг мозъчен инфаркт

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция

Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:

гърден кош (57001, 57007 [1957])

и корем (57001-01, 57007-01 [1957])

лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])

средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])

орбита (56013-02, 56013-03 [1954])

питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя

Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Друга рентгенография на гърден кош

58500-00 Рентгенография на гърден кош

Включва: бронх

Диафрагма

сърце

бял дроб

медиастинум

Не включва: такава на:

ребра (58521-01, 58524-00 [1972])

гърдна кост (58521-00 [1972])

гърден вход (58509-00 [1974])

трахея (58509-00 [1974])

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава

ЕхоенцефалогRAFия

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943]) такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:

използвайки: мапиране с цветен поток

Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)

механично секторно сканиране

трансдюсер с фазово излъчване

с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

ЕлектроенцефалогRAFия [ЕЕГ]

11000-00 ЕлектроенцефалогRAFия

1934 Други лабораторни изследвания

92182-07 Общо изследване на ликвор

Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити

1926 Микробиологични изследвания

при необходимост:

92182-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура

при необходимост:

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност

Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

41881-00 Отворена трахеостомия, временна

Трахеостомия БДУ

Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

Манипулации на дихателни пътища

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен

Ендотрахеална интубация БДУ

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда

Сондиране за декомпресия

Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

Вентилаторно подпомагане

Ві-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия

Променлива задължителна вентилация [IMV]

Инвазивна вентилация

Механична вентилация

Налягане с позитивен експираторен край

Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]

Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:

интубация

асистирано дишане механична вентилация с:

ендотрахеална тръба (ЕТТ)

назална

орална

трахеостомия отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия)

пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

трахеостомия:

перкутанна (41880-00 [536])

постоянна (41881-01 [536]) • временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])

дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570]) вентилация с

променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570]) неинвазивно

подпомагане на дишане (виж блок [570])

Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за:

анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])

имунизация (виж блокове [1881] до [1884])

локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)

поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])

поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])

перфузия (виж блок [1886])

ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) хирургическо прилагане на

химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт
Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит Прилагане на фармакологичен агент чрез:

инфузионен порт

Port-A-Cath

резервоар (подкожен)

устройство за съдов достъп

венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

инфузионен порт

Port-A-Cath

резервоар (подкожен)

устройство за съдов достъп

венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

инфузионен порт

Port-A-Cath

резервоар (подкожен)

устройство за съдов достъп

венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

инфузионен порт

Port-A-Cath

резервоар (подкожен)

устройство за съдов достъп

венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Изискване: (Доп. – ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица.

При необходимост от продължаване на болничния престой на пациента над 4 дни лечебното заведение уведомява веднага съответната РЗОК.

Кодове на основни процедури.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Процедура **56001-00 Компютърна томография на мозък** или **56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя** (или **90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък**) е задължителна диагностична процедура, която се провежда до 48 часа от хоспитализацията - за изключване на тумор, кръвоизливи или друга патология. Невроизобразяващото изследване при мозъчен инфаркт може да бъде негативно.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1926 и 1934, се извършват и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Лечебните заведения, които не могат да осъществят тромболиза и/или тромбектомия (нямат договор за КП № 51.1 и КП № 51.2), са задължени да извършат образно изследване (КТ или МРТ) , с абсолютен приоритет и незабавно след постъпването на пациента в спешното отделение на лечебното заведение като насочват за хоспитализация пациентите, които имат индикации за тромболиза и/или тромбектомия/тромбаспирация към най-близкото лечебно заведение, което има договор по КП № 51.1 и/или КП 51.2.

Задължително се спазва и златният стандарт от 4,5 до 6 часа за осъществяване на тромболиза и тромбектомия/тромбаспирация.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

Съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, отделение/клиника от I ниво на компетентност може да осъществява диагностично-лечебни дейности по отношение на пациенти с мозъчен инсулт в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника по нервни болести от II ниво, с изключение на изискванията за персонал при осигуряване на непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност.

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Неврологична клиника/отделение
2. Клиника/отделение по неврология с легла за интензивно лечение и възможност за дихателна реанимация или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво (с възможност и за ликворологично изследване, хемостазиология и КГА)*
4. Кабинет (апарат) по доплерова сонография и с възможност за изследване на мозъчното кръвообращение
5. Образна диагностика – КТ или МРТ в режим на непрекъснатост.

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Отделение/лаборатория по клинична патология в рамките на областта
3. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама лекари с придобита специалност; (за структури I ниво – минимум двама лекари с придобита специалност по нервни болести);

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение или лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. За Доплерова сонография (невросонология) – лекар със специалност по нервни болести или друг специалист с квалификация за доплерова сонография на мозъчно кръвообращение (съгласно медицински стандарт “Нервни болести”), удостоверена чрез сертификат.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт – остър стадий.
- Лечение на исхемичен инсулт, с медицинска необходимост от активно лечение в рамките на 1 месец след дехоспитализацията

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностиката и лечението се осъществява, съгласно „Националния консенсус за диагностика и лечение на мозъчно – съдови заболявания 2024 г.“

Биологичен материал (кръв) за медико-диагностични изследвания се взема до 3-тия час от приемането на болния. КТ или МРТ се извършва до 48 часа от началото на хоспитализацията за изключване на хеморагия или тумор.

Диагностични методи за уточняване на диагнозата, когато пациента е в стационар:

- КТ/МРТ;
- кръвна захар, урея, креатинин, електролити;
- хемостазеологичен статус – по клинични показания;
- ЕКГ;
- изследване на очни дъна – по клинични показания;
- рентгенография на бял дроб и сърце – по клинични показания;
- лумбална пункция - по показания;
- доплерова сонография (ДС) – по показания;
- ангиография на мозъчни артерии – по показания;
- RR, пулс, анамнеза за артериална хипертония, сърдечно заболяване, захарен диабет.
- ЕЕГ - по показания.
- изследване на хемостаза – по показания

Особености в протичането на болестта

Диагностичният процес в болничното заведение включва установяване на:

- вида на остро разстройство на мозъчното кръвообращение (ОРМК);
- локализацията – топична диагноза;
- етиологията – етиологична диагноза;
- тежестта на мозъчния инсулт;
- придружаващите заболявания (сърдечно-съдови и други соматични);
- оценката на рисковите фактори.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ:

Оценка за всички пациенти се прави еднократно при прием (ако информацията е достъпна) и при изписване (задължително) по модифицираната скала на Ранкин (modified Rankin Scale, mRS). Скалата mRS оценява функционалното състояние единствено спрямо въздействието на инсулта, а не спрямо общото състояние на пациента, т.е. пациент с редуцирани функции поради други причини не трябва да се оценява със завишени точки.

Резултат при изписване:.....точки
Дата:.....

Ежедневна оценка по NIHSS за всички пациенти. Също така следва да се прилага при остра промяна в състоянието на пациента.

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
1а. Ниво на съзнание (количествени нарушения на съзнанието): Изследователят трябва да избере един отговор, дори ако цялостната оценка е проблематична, поради причини като поставена ендотрахеална тръба, езикова бариера, оротрахеална травма / превръзки. 3 точки се дават само ако в отговор на болезнена стимулация, болният не прави никакво движение (с изключение на рефлексна поза).	0 = буден, адекватно реагиращ. 1 = сомнолентен, но се събужда при минимални стимули за да изпълни команди, да отговори или да реагира. 2 = не е буден, за изпълнение на команда са необходими неколкократно стимулации; или болният е в сопор и изисква силни или болезнени стимули, за да направи някакви движения (не стереотипни). 3 = реагира само с рефлексни моторни или автономни отговори, или е напълно нереагиращ, отпуснат (вял) и в състояние на арефлексия (кома).	
1б. Въпроси при нарушение на съзнанието: На болния/та се задава въпрос за това, кой е текущия месец и каква е неговата/нейната възраст. Отговорът трябва да бъде точен – не се дава частичен кредит за приблизителен отговор. Болните с афазия и сопор, които не разбират въпросите, ще получат 2 точки. Болните, които не могат да говорят, поради ендотрахеална интубация, оротрахеална травма, тежка дизартрия от някаква причина, езикова бариера или друг проблем, произтичащ от афазия, ще получат оценка 1. Важно е да бъде оценен само първоначалният отговор, а изследователят да не “помага” на пациента чрез вербални или невербални начини.	0 = правилно отговаря и на двата въпроса 1 = правилно отговаря на един въпрос 2 = неправилно отговаря и на двата въпроса	
1в. Команди при нарушение на съзнанието: Болният/а трябва (да бъде помолен) да отвори и затвори очите, а след това да стисне и отпусне непаретичната ръка. Възможно е заместване с друга едно-стъпкова команда ако ръцете не могат да се използват. Кредит се дава при несъмнен опит за изпълнение, който поради слабост не може да бъде завършен. Ако болният не реагира на командата, задачата може да му бъде демонстрирана (с пантомима, жестове) и съответно да се оцени резултата (напр. не изпълнява, изпълнява една или две команди). Болните с травми, ампутации или други физически недъзи трябва да получат подходящи едно-стъпкови команди. Оценява се само първият опит.	0 = изпълнява правилно и двете команди 1 = изпълнява правилно само една команда 2 = не изпълнява правилно и двете команди	
2. Очни движения/ погледни парези: Изследват се само хоризонталните погледни движения. Ще се точкуват		

волевите или рефлаторните (окулоцефални) очни движения, без провеждане на калоричен тест. Пациентът получава 1 точка ако има конюгирано отклонение на очите, което може да бъде преодоляно чрез волева или рефлаторна активност. Ако болният има изолирана периферна лезия на III, IV или VI ЧМН, получава също 1 точка. Погледът може да се тества при всички болни с афазия. Болните с очни травми, превръзки, предшествваща слепота или други нарушения на зрителната активност, или зрителните полета, трябва да се изследват чрез рефлексни движения, или по избор на тест от изследователя. Ако установите очен контакт с пациента и след това се движите около него (от страна на страна), ще успеете да изясните наличието на парциална погледна пареза в някои случаи.	0 = няма погледни парези; нормални очни движения 1 = частична погледна пареза. Този резултат се дава при абнормен поглед с едното или двете очи, но при липса на спрегнато отклонение или тотална погледна парализа 2 = спрегнато отклонение или тотална погледна парализа, които не могат да бъдат преодоляни чрез окулоцефалните рефлексни похвати	
3. Зрителни нарушения /зрителни полета: Зрителните полета (горни и долни квадранти) се изследват чрез конфронтационен тест, съответно броене на пръсти или зрителна заплаха. Болният трябва да бъде окуражаван (да изпълни задачата), но ако гледа към страната на движещите се пръсти адекватно, това може да бъде оценено като нормален отговор. Ако има едностранна слепота или енуклеация, зрителните полета се тестват с другото око. 1 точка се дава само ако има ясна асиметрия, включително квадрантанопсия. При слепота, независимо по каква причина, се дават 3 точки. В тази част теста се извършва двустранно симултанно зрително стимулиране. При наличие на екстинция болният получава 1 точка и резултатите се използват за отговор при изследване № 11.	0 = без зрителни нарушения 1 = частична хемианопсия, (квадрантанопсия) 2 = пълна хемианопсия 3 = билатерална хемианопсия (слепота, вкл. корова слепота)	
4. Лицева пареза, лезия на VII ЧМН: Помолете пациента да покаже зъбите, да повдигне веждите и затвори очите, или използвайте пантомима за да окуражите болния за целта. При слабо реагиращи или трудно контактни болни, отчетете симетричността на гримасата в отговор на болезнени стимули. Ако има някаква физическа бариера, която пречи на огледа на лицето (лицева травма / превръзки, ендотрахеална тръба, лейкопласт и	0 = нормални симетрични движения 1 = лека пареза (изгладена назолабиална гънка, асиметрия при показване на зъбите и усмихване) 2 = частична парализа (тотална или почти тотална парализа на	

др.), трябва да я премахнете доколкото е възможно.	мускулатурата на долната част на лицето) 3 = тежка (тотална) парализа на едната или двете страни (липса на мускулно движение в долната и горната част на лицето)	
5. и 6. Двигателна дейност – ръка и крак: 5а. Лява ръка 5б. Дясна ръка Всеки крайник се изследва последователно, започвайки с непаретична ръка, ако е ясно коя е. Крайникът се поставя в съответната позиция: екстензия на ръцете (дланите надолу) при 90 градуса в изправено положение и при 45 градуса в легнало положение, а краката при 30 градуса (винаги в легнало положение). Отклонението се точкува ако ръката пада преди 10-та секунда, а кракът преди 5-та секунда. Пациентите с афазия се окуражават да задържат крайниците чрез интонация на гласа и пантомима, но без използване на болезнена стимулация. Оценка 9 може да се даде само в случаите с ампутация или ставна неподвижност (анкилоза, контрактура) в раменната и тазобедрената става.	0 = няма отпускане (пронация), задържа крайника на 90° (или 45°) за 10 секунди или повече. 1 = пронация, задържа крайника на 90° (или 45°), но се отпуска преди 10-та секунда, без да пада на леглото. 2 = има известна съпротива срещу гравитацията, болният не може да достигне или задържи крайника на 90° (или съответно 45°), пронира и отпуска до леглото, но оказва някаква съпротива срещу гравитацията. 3 = няма съпротива срещу гравитацията, крайникът пада. 4 = няма (невъзможно е) движение 9 = ампутация, ставна контрактура, обяснение:	Л..... Д.....
6а. Ляв крак 6б. Десен крак	0 = няма пронация, задържа крайника на 30° за цели 5 сек. или повече. 1 = отпускане, крайника започва да пада от края на 5-та секунда, без да падне на леглото. 2 = има известна съпротива срещу гравитацията, кракът пада на леглото за 5 секунди, но оказва известна съпротива срещу гравитацията. 3 = няма съпротива срещу гравитация, кракът пада веднага.	Л..... Д.....

	4 = няма (невъзможно е) движение 9 = ампутация, ставна анкилоза	
7. Атаксия на крайниците: Целта на изследването е да се разкрият данни за едностранна церебеларна лезия. Изследването се прави с отворени очи. В случай на зрителен дефект, осигурете изследването в интактното зрително поле. Носопоказалечната и коляностъпалната проби се извършват двустранно, като атаксията се оценява извън пропорцията, съответстваща на мускулна слабост (при пареза). Атаксия липсва при болни, които не разбират командата и са парализирани. Оценка "9" може да се даде в случаи с ампутация и ставна контрактура (неподвижност) или някаква фрактури. В случай на слепота, тествайте докосването на носа от изпънато положение на ръката.	0 = липса на атаксия 1 = атаксия само в един крайник 2 = атаксия в два крайника При наличие, атаксията е в: дясната ръка – да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура в лявата ръка - да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура в десния крак - да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура в левия крак - да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура	
8. Сетивност: Изследва се сетивният усет или гримасите при убождания с игла. При болни с количествени нарушения на съзнанието, сопор или афазия, се оценява отдръпването след болкови стимули (защитната реакция). Като абнормна се тества само сетивната увреда в резултат на инсулта, а изследователят трябва да изследва толкова зони (лицето, ръцете - а не дланите, тялото, краката) колкото е необходимо за определяне на нарушение по "хеми" тип.	0 = нормални сетивни функции, липса на сетивни увреди 1 = лека до умерена сензорна увреда; пациентът усеща по-слабо или по-тъпо убожданията на засегнатата страна (хемихипестезия, хипалгезия); или има загуба на повърхностна болка	

Резултат 2 “тежка или тотална сетивна увреда“ се дава само при случаи, когато може ясно да се демонстрира тежка или пълна загуба на сетивност. Ето защо пациентите със сопор или афазия най-вероятно ще получат оценка 1 или 0. Болните със стволлов инсулт, които имат билатерална сетивна увреда трябва да получат оценка от 2 точки. Ако болният не реагира и е квадриплегичен – резултатът му ще бъде 2 точки. Пациентите в кома (при тест 1а = 3 т.) също произволно получават 2 точки при това изследване.	при убождане, но болният съзнава, че е докосван. 2 = тежка или тотална сетивна увреда; болният не усеща, че е докосван по лицето, ръката или крака.	
9. Най-добро езиково представяне: (афазия) От предшестващите секции на изследването ще получите достатъчно информация относно възможностите на болния за езиково разбиране. Пациентът трябва да опише какво се случва на представената му картина, да назове предметите от приложения лист, както и да прочете изреченията от приложения списък. Отговорът трябва да е пълен. Болният трябва да назове всички предмети от листа за назоваване и да прочете всички фрази от двата отделни листа за четене. Разбирането се оценява въз основа на дадените тук отговори, както и от всички команди от предшестващото неврологично изследване. Ако някакво нарушение на зрението затруднява изпълнението на тестовете, помолете болния да идентифицира предмети, поставени в ръката му, както и да повтори или произведе реч. Интубираните болни трябва да бъдат помолени да пишат. Болните в кома (1а = 3 т.) получават арбитражно 3 точки при това изследване. Изследователят трябва да избере резултат при болни в сопор или при нежелание за сътрудничество, но резултат от 3 точки трябва да се използва само ако болният е ням и не изпълнява нито една едно-стъпкова команда.	0 = няма афазия, нормални езикови способности 1 = лека до умерена афазия; определена загуба на възможността за говорене (плавността на говора) и разбирането (схващане на езика), без значимо ограничение на идеаторната експресия или формата на експресия. Намалените речеви способности и/или разбиране, правят разговора по предоставения материал (листове с картинки) труден или невъзможен. Например, изследователят може да идентифицира дадена картина или наименован обект от отговорите на пациента, при разговор по предоставения материал. 2 = тежка афазия; цялата комуникация е накъсана (фрагменти-рана експресия); съществува голяма необходимост от намеса, запитване и отгатване от страна на слушащия. Размерът на обменената информация е значително ограничен; слушащият понася тежестта на комуникацията. От отговорите на болния не може да се идентифицират предоставените предмети и картини. 3 = мутизъм, глобална афазия; няма използвани артикулационна реч или слухово разбиране.	
10. Дизартрия: Ако се смята, че болният е нормален, характерът на речта му трябва да се	0 = нормална артикулация	

оцени чрез покана да прочете и повтори думите от приложения лист. Ако пациентът има тежка афазия, то яснотата на артикулацията му може да бъде точкувана при спонтанна реч. Оценка от "9" точки се дава само ако болният е интубиран или има друга физическа бариера за произвеждане на реч. Не казвайте на пациента/ката с каква цел го изследвате.	1 = лека до умерена дизартрия; болният не изговаря добре поне някои думи или, в най-лошия случай, може да бъде разбран със затруднение. 2 = тежка дизартрия; речта на пациента е променена до неразбираемост, при липса или извън някаква степен на афазия; или болният е с мутизъм/ анартрия.	
11. Екстинция и невнимание (едностранно игнориране, неглект): От предишните изследвания може да се получи достатъчно информация за наличие на синдром на игнориране. Ако болният има тежко зрително нарушение, което възпрепятства двустранната зрителна симултанна стимулация, а сетивните стимули от кожата се възприемат нормално, резултатът от теста е нормален. Ако болният има афазия, но обръща еднакво внимание на стимули от двете страни, резултатът от теста е нормален. Наличието на зрително-пространствено игнориране или анозогнозия също е доказателство на абнормност. Тъй като абнормното нарушение се оценява само ако го има, тази точка от скалата винаги може да се изследва.	0 = без абнормности 1 = зрително, тактилно, слухово, пространствено или персонално (соматично) невнимание; или екстинция при билатерални симултанни стимули за една от сензорните модалности. 2 = изразено хеми-невнимание или хеми-игнориране за повече от една сензорна модалност. Не разпознава собствената си ръка или се ориентира само по отношение на едната страна на пространството.	

00-24 ч.

Оценката на тежестта на състоянието по NIHSS задължително се отразява в „История на заболяването“ на пациента и се регистрира при приемане, по време на болничния престой и при изписване.

Инструкции за изследователя

Прилагайте отделните пунктове от скалата за оценка на болните с мозъчни инсулти в изброения ред. След всеки последователен тест записвайте резултата за всяка категория на скалата. Не се връщайте обратно и не поправяйте резултата. Следвайте указанията, предоставени за техниката на всяко изследване. Резултатът трябва да отразява това, което пациентът може, а не онова, което клиницистът мисли, че болният може. Клиницистът трябва да записва резултатите докато провежда изследването и да работи бързо. С изключение на посочените места, болният не трябва да бъде упражняван, сугестиран и трениран (напр. повтаряне на изискването болният да направи дадено специално усилие).

Ако даден въпрос остане неизследван, е необходимо да се напише детайлно обяснение за това във формуляра. Всички непопълнени пунктове трябва да бъдат прегледани от медицинския монитор и дискутирани с изследователя по телефона.

Изчисление на резултата

При изчисление на общия резултат, изключете от точка 7-ма (Атаксия на крайниците) кодовете за засегнати крайници (дясна и/или лява ръка и крак 0 = Не, 1 = Да). За точка 5, 6, 7 и 10, също изключете резултата от 9 точки.

ПРОТОКОЛ ТЕМПЕРАТУРА, КРЪВНА ЗАХАР И ПРЕГЛЪЩАНЕ (FeSS – Fever, Sugar, Swallowing) ЗА ПРЕДОТВРАТЯВАНЕ НА УСЛОЖНЕНИЯ

Температурата на пациента се мониторира поне 4 пъти дневно (или на всеки 6 часа) през първите 72 часа от приема. Температура $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ се понижава. Ако температурата надвиши 38°C , пациентът следва да се изследва за инфекции.

Кръвната захар на пациента, независимо от диабетния статус, се мониторира поне 4 пъти дневно (или на всеки 6 часа) през първите 48 часа от приема ако пациентът не се храни (72 часа ако нивата са нестабилни). Ако се храни, захарта се измерва всеки път преди и след хранене. Кръвна захар над 10 mmol/L (180 mg/d L) се коригира.

Пациентите се държат в режим нищо през устата, докато не се направи превентативен скрининг за дисфагия с инструмент ASSIST (или друг утвърден в литературата инструмент). Скринингът се извършва най-късно до 4 часа след хоспитализация.

Протокол ASSIST (Acute Screening of Swallow in Stroke/TIA)

1. ПАЦИЕНТЪТ В СЪСТОЯНИЕ ЛИ Е ДА:

Поддържа бдителност поне 20 минути?

Да ☐ Не ☐

☐

Поддържа стойката/позицията в изправено положение?

Да ☐ Не ☐

Държи главата изправена?

Да ☐ Не ☐

☐

СПРЕТЕ ТУК, ако сте отговорили с НЕ на КОЯТО И ДА Е част от 1.

Поставете пациента на режим нищо през устата и го прегледайте, когато състоянието се подобри. За прием на лекарства се препоръчва сонда.

2. ПАЦИЕНТЪТ ИМА ЛИ НЯКОЕ ОТ СЛЕДНИТЕ?

Предполагам ствол инсулт Да ☐ Не ☐

Слабост/увисване на лицето (усмивка, нацупеност, назолабиалната гънка) Да ☐ Не ☐

Завалена/отсъстваща реч (проверете в разговор) Да ☐ Не ☐

Кашляне с отделяне на слюнка ☐ Да ☐ Не ☐

Лигавене (ъгъла на устата, брадичката) ☐ Да ☐ Не ☐

Дрезгав/липсващ глас (проверете в разговор) ☐ Да ☐ Не ☐

Слаба/липсваща кашлица (помолете да се изкашля) Да ☐ Не ☐

Задух ☐ Да ☐ Не ☐

Известно затруднено преглъщане ☐ Да ☐ Не ☐

СПРЕТЕ ТУК, ако сте отговорили с ДА на КОЯТО И ДА Е част от 2.

Поставете пациента на режим нищо през устата и се обърнете към логопед.

3. ТЕСТВАЙТЕ ПАЦИЕНТА С ОТПИВАНЕ НА ГЛЪТКА ВОДА И НАБЛЮДАВАЙТЕ ЗА:

Изкашляне/прочистване на гърлото ☐ Да ☐ Не ☐

Промяна в качеството на гласа ☐ Да ☐ Не ☐

Лигавене ☐ Да ☐ Не ☐

Промяна в дишането/задух ☐ Да ☐ Не ☐

СПРЕТЕ ТУК, ако сте отговорили с ДА на КОЯТО И ДА Е част от 3.

Поставете пациента на режим нищо през устата и се обърнете към логопед.

4. ТЕСТВАЙТЕ ПАЦИЕНТА С ЧАША ВОДА И НАБЛЮДАВАЙТЕ ЗА:

Изкашляне/прочистване на гърлото

Да ☐ Не

☐

Промяна в качеството на гласа

Да ☐ Не

☐

Лигавене

Да ☐ Не

☐

Промяна в дишането/задух

Да ☐ Не

☐

СПРЕТЕ ТУК, ако сте отговорили с ДА на КОЯТО И ДА Е част от 4.

Поставете пациента на режим нищо през устата и се обърнете към логопед.

5. ЗАПОЧНЕТЕ ПРЕМОРБИДНА ПЕРОРАЛНА ДИЕТА

Медицински персонал, който да наблюдава пациента при първото хранене

Член на персонала, който преглежда първото хранене:.....

Час:..... Дата:.....

Модифицирана скала на Ранкин

Точки	Описание
0	Няма симптоми
1	Без значими увреждания: персистират симптоми, но може да извършва всички предишни дейности
2	Леки увреждания: невъзможност да извършва всички предишни дейности, но е в състояние да се грижи за себе си без асистент
3	Умерено увреждане: изисква помощ за ежедневни функции, но може да се движи без асистент
4	Умерено тежка инвалидност: не може да ходи без асистент и не може да се грижи за собствените си телесни нужди без асистент
5	Тежка инвалидност: прикован на легло, с инконтиненция и изискващ постоянна сестринска грижа и внимание
6	Смърт

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване на особеностите в протичане на болестта: ангиография (магнитно-резонансна, КТ- и конвенционална) – по преценка; ехокардиография – по преценка.

Относителни контраиндикации – при болен с дълготрайни тежки соматични заболявания в терминално състояние и развил се мозъчен инсулт.

СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ИСХЕМИЧНИ МОЗЪЧНИ ИНСУЛТИ (ИМИ) – при контраиндикации за провеждане на тромболитична терапия

- *Антиагреганти*: Acidum acetylsalicylicum - 50-325 мг (включен в първите 24 - 48 ч. след ИМИ намалява сигнификантно леталитета и честотата на рецидивите).

Неспецифично лечение на ОРМК:

- профилактика и лечение на дълбоки венозни тромбози – нискомолекулни хепарини;
- корекция на артериалното налягане;
- корекция на сърдечните аритмии и сърдечната недостатъчност;
- противооточно лечение – манитол – 1-2 g/kg/24 h., на 4-6 часа в бързи болусни инфузии и/или фуросемид 20 - 40 mg венозно;
- аналгетици (metamizole sodium);
- седация – бензодиазепини производни (диазепам);
- хидратация с левулозни и водно-солеви разтвори;
- кислородолечение при SaO₂ <90%;
- инсулин при кръвна захар >12 mmol/l;
- антипиретици (при фебрилитет);
- антибиотик при инфекция.

Антиепилептично лечение (при необходимост) – според вида на евентуални гърчове и данните от ЕЕГ.

Антиеметично (при необходимост) – метоклопрамид (1 до 3 ампули венозно).

При остра хидроцефалия – консултация с неврохирург за евентуално поставяне на вентрикуло-перитонеален или вентрикуло-атриален шънт.

Поддържане на нормален флуиден статус.

Реанимационни мерки при усложнения:

- ендотрахеална интубация;
- поставяне на централен венозен катетър и следене на ЦВН;
- поставяне на назогастрална сонда за хранене;
- провеждане на апаратна вентилация;
- извършване на трахеостомия;
- определяне на кръвна група и кръвопреливане.

Лечение на септичните тромбози на мозъчните вени и синуси:

Антибиотици венозно, самостоятелно (насочени срещу известен причинител) или в комбинации:

- цефтриаксон 3.0 г дневно;
- ванкомицин 2.0 г дневно (при стафилококова инфекция);
- цефтазидим 3.0 – 6.0 г дневно;
- метронидазол 1.0 – 2.0 г дневно;
- левофлоксацин – 500 – 100 мг дневно;
- цефпиром – 2.0-4.0 г дневно;
- тейкопланин – 400-800 мг дневно.

Прилагат се и антикоагуланти или антиагреганти.

След консултация с неврохирург - при необходимост оперативна ревизия на синус.

Диагностиката и лечението на новородени деца с исхемични и хеморагични поражения на ЦНС се провежда в неонатологична клиника/отделение II и III ниво (съобразно Медицински стандарт “Неонатология”).

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнезата, клиничното протичане на заболяването и извършените специализирани изследвания.

Преценката за степента на тежест при инсултите се прави на база скалите на NIHSS, Модифицирана скала на Ранкин, протоколите **FeSS** и **ASSIST** и наличие или липса на придружаващи тежки соматични заболявания

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:

- установяване на топичната и етиологичната диагноза;
- стационариране на огнищната неврологична и общомозъчна симптоматика;
- липса на остър възпалителен процес.

Болните с ИМИ се изписват от болницата и се насочват да продължат лечение (посочено в епикризата) и рехабилитация (двигателна и говорна) в домашни условия, балнеосанаториални заведения или хосписи под контрола на ОПЛ и специалиста невролог.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. **ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА** се документира в *“История на заболяването”* (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“* (бл. МЗ - НЗОК № 7).

2. **ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ** – в *“История на заболяването”*.

3. **ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:**

- *“История на заболяването”*;
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“* (бл. МЗ - НЗОК № 7).;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. **ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ** – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Мозъчно-съдовите заболявания включват различни исхемични и хеморагични нарушения, които се развиват в артериалната и венозната част на мозъчното кръвообращение: транзиторни исхемични атаки; асимптомни исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение; мозъчни кръвоизливи (в мозъчното вещество) и/или в субарахноидното пространство (между мозъчните обвивки).

Сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата съвременност мозъчно-съдовите нарушения заемат основно място. Тяхното първостепенно медико-социално значение е резултат както от високата заболяемост и леталитет, така и от тежката инвалидизация на част от преживелите мозъчен инсулт болни. Рисковите фактори, които довеждат до мозъчни инсулти, са: артериалната хипертония; генерализираната атеросклероза; диабетът; сърдечните пороци; сърдечните аритмии; кръвните заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти, стресови състояния и др.

Острите разстройства на мозъчното кръвообращение възникват остро с главоболие, гадене, повръщане с парализа на ръка и крак, и др. Това състояние изисква незабавен преглед от Вашия общопрактикуващ лекар или от лекар - специалист и е необходимо незабавно да постъпите в болница за диагностично уточняване и съответно лечение.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.