

КП № 51.1
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ С ТРОМБОЛИЗА

1. Минимален болничен престой – 5 дни
При насочване за оперативно лечение – тромбектомия – 2 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 – по преценка

39000-00 Лумбална 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

Ехоенцефалография

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])

Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

1934 Други лабораторни изследвания

92182-07 Общо изследване на ликвор – по преценка

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

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 (ETT)

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

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

96199-01 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен 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])

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
	<i>Кодирай също когато е направена:</i>
96199-02	• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) 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
	<i>Кодирай също когато е направена:</i>
	поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
	зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
	<i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Изискване: Клиничната пътека 51.1 се счита за завършена при приложени и отчетени 3 диагностични и 2 терапевтични процедури, освен в случаите, когато след 51.1 трябва да се продължи с 51.2 – тогава са необходими 2 диагностични и две терапевтични процедури.

Процедура **56001-00 Компютърна томография на мозък** или **59970-02 Мозъчна ангиография (извършена с КТ)** (или **90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък**) е задължителна диагностична процедура – провежда се двукратно. Първата се провежда при приема на пациента, с абсолютен приоритет и незабавно след постъпването на пациента в спешното отделение на лечебното заведение. Втората се провежда по време на болничния престой и в срок според клиничните показания и преценка на лекуващия екип, освен ако не се налага пациентът да бъде спешно пренасочен към друго лечебно заведение за ендоваскуларно лечение по КП №51.2 (отнася се за лечебни заведения само с договор за КП № 51.1) или за тромболиза (отнася се за лечебни заведения само с договор за КП № 50.1) – тогава втора процедура може да се извърши при необходимост, но не се изисква, за да се счита КП № 51.1 за завършена.

В случай, че КП № 51 се осъществява в лечебно заведение с договор КП № 51.1 и КП № 51.2 и е последвана по клинични индикации от ендоваскуларно лечение в същото ЛЗ, КАТ на глава (МРТ на глава) се провежда в началото на инсульта - при приема на пациента и втората контролна по време на болничния престой и в срок според клиничните показания и преценка на лекуващия екип. В този случай КП № 51.1 се счита за завършена при приложена и отчетена една процедура **56001-00 Компютърна томография на мозък** или **59970-02 Мозъчна ангиография (извършена с КТ)** (или **90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък**).

Когато в едно и също лечебно заведение се провеждат тромболитично и ендоваскуларно (тромбекстракция/тромбаспирация) лечение (КП № 51.1 и КП № 51.2), процедурата 56001-00 КТ на мозък или 59970-02 Мозъчна ангиография (извършена с КТ) или 90901-00 МРТ на мозък се провежда при приема на пациента (първа процедура), след провеждане на ендоваскуларното лечение (втора) и 24 часа след края на ендоваскуларното лечение (трета). В тези случаи са изпълнени тромболитичното и ендоваскуларно лечение, както и трите горепосочени процедури в едно и също лечебно заведение по КП № 51 (КП № 51.1 и КП № 51.2).

В условията на спешност, които обуславят лечението на остър исхемичен инсулт, официалният разчет задължително се изготвя веднага, непосредствено след извършване на скенера.

Процедура с кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършва с абсолютен приоритет и незабавно в спешен порядък при постъпването на пациента в лечебното заведение. Тромболитичната терапия може да се започне в болничното заведение под наблюдение на невролог при липсващи анамнестични данни за нарушения в кръвосъсирващата система или провеждана антикоагулантна терапия, преди да са получени резултатите от лабораторните изследвания, веднага след провеждане на КТ без данни за изключващи образни критерии. При получаване на лабораторните изследвания в процеса на провежданата инфузия, ако са установени релативни отклонения от нормата същата трябва да се преустанови.

Когато се използват 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 по преценка 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.

Процедура **96199-01 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен агент**, е задължителна терапевтична процедура.

Тромболиза и механична тромбектомия/тромбаспирация се извършват до 4,5–24 ч (времеви стандарт 1) от началото на симптомите по клинични показания, подкрепени с нативна КАТ/МРТ и, при възможност, с КАТ перфузия както следва (от Национален консенсус за профилактика, диагноза и лечение на мозъчносъдовите заболявания) :

- с неизвестен час на получаване на инсульта (събудили се с инсулт) или повече от 4,5 часа след началото на инсульта, когато лезията на DWI–MRI е по-малка от една трета от СМА и не се позитивира на FLAIR (клас II, ниво А) (AHA-ASA).
- с неизвестен начален час на инцидента, с инсулт при събуждане или с инсулт във времеви интервал от 4,5 до 9 часа от началото на инцидента, когато КТ- перфузията или МРТ (DWI, PWI) отговарят на критериите от проучването EXTEND: - Обем на исхемично ядро ≤ 70 ml; - Mismatch $\geq 1,2$ или ≥ 10 ml абсолютна разлика (Клас IIa, ниво В). Mismatch съотношение = общ обем на хипоперфузия (пенумбра + инфарктно ядро) /обем на инфарктно ядро.

Тромболиза се извършва за максимум от 60 минути врата–игла и тромбектомия за максимум от 120 минути врата–пункция, освен при изключителни случаи (времеви стандарт 2; за начало на интервала врата–игла и врата–пункция се счита часът, в който пациентът прекрачва прага на болничното звено).

Клинична пътека № 51.2 може да се изпълнява след осъществяване на тромболиза или без предходна тромболиза (КП № 51.1.) В този случай не се изисква минимален болничен престой на КП № 51.1.

Лечебни 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 в спешен порядък при постъпване, 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 51.2.

Лечебни заведения, които не могат да осъществяват тромболиза и/или тромбектомия в никакъв случай не трябва да хоспитализират пациенти в терапевтичен прозорец или с показания за реканализационно лечение освен в случаите на необходимост от диагностични процедури, необходими за насочване за такова лечение, които няма да предзвикат неговото забавяне, като например 59970-02 Мозъчна ангиография (извършена с КТ).

В случаите, когато ЛЗ има договор само за КП №51.1, същото ЛЗ насочва и осигурява хоспитализация на пациентите, които имат индикации за тромбектомия/тромбаспирация към най-близкото лечебно заведение, което има договор по КП № 51.2 при задължително спазване на времевите стандарти.

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. ОАИП/КАИЛ или Клиника/отделение по неврология с легла за интензивни грижи
3. Клинична лаборатория II ниво (с възможност и за ликворологично изследване, хемостазеология и КГА)*
4. Образна диагностика - КТ или МРТ в режим на непрекъснатост

*В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ 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. Лаборатория/отделение по клинична патология
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 с придобита специалност по нервни болести, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“; (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.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- Диагностика и тромболитично лечение на исхемичен мозъчен инсулт – остър стадий.
- Тромболитично лечение на исхемичен мозъчен инсулт – остър стадий
- При неизвестен час на инсулт или инсулт при събуждане – до 24-тия час

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

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

- кръвна захар, урея, креатинин, електролити; - по клинични показания;

- хемостазеологичен статус

- ЕКГ;

- очни дъна - по клинични показания;

- рентгенография на бял дроб и сърце – по клинични 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;

- ### СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ:

Тромболитичната терапия при острия ИМИ трябва да започне с абсолютен приоритет и незабавно от началото на инцидента и да се извършва според препоръките на актуалния Национален консенсус за профилактика, диагностика и лечение на мозъчносъдовите заболявания. Терапията с **тъканен плазминогенен активатор** трябва да се провежда в болнично заведение с определените компетенции в областта на съдовите заболявания на мозъка.

ПРОТОКОЛ
ТРОМБОЛИТИЧНА ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРО НАСТЪПИЛИ ИСХЕМИЧНИ
МОЗЪЧНИ ИНСУЛТИ (ИМИ) С ТЪКАНЕН ПЛАЗМИНОГЕНЕН АКТИВАТОР

Име:.....
.....

ИЗ №: ☐☐☐☐☐☐

Телесно тегло:

Артериално кръвно налягане:

Протокол (критерии) за провеждане на тромболиза

ПОКАЗАНИЯ	ДА	НЕ
1. Клинични признаци на остър исхемичен мозъчен инсулт		
2. При КТ на глава с ASPECTS>7 или данни от КТ перфузия, индикиращи спасяема пенумбра.		
3. Възраст над 18 години		
4. Пациентът и близките му трябва да бъдат информирани за потенциалния риск и полза от лечението и да подпишат информирано съгласие		
Пациентът отговаря ли ЕДНОВРЕМЕННО на т. 1, 2, 3, и 4		

АБСОЛЮТНИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ	ДА	НЕ
1. Интракраниален кръвоизлив с различна локализация.		

АБСОЛЮТНИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ	ДА	НЕ
2. Повишен риск от кървене: • при неуправляемо кръвно налягане $\geq 185/110$ mmHg • известна хеморагична диатеза; • пациенти на антикоагулантно лечение с INR над 1.7 при прилагане на алтеплаза и INR над 1.3 при прилагане на тенектеплаза; • пациенти, приемащи директни антикоагуланти (ДОАК), освен при наличие на антидот или сигурни данни, че пациентът не е приел последната доза; • протромбиново време под 60%; • прием на хепарин и удължено aPT; • тромбоцити под $100 \times 10^9/L$; • анамнеза за АВ-малформация, аневризма; • варикоза на хранопровода; • документирана язва на стомаха през последните три месеца; • тежко неопластично и чернодробно заболяване, включително цироза или активен хепатит; • големи операции или тежки травми през последните 14 дни; • мозъчна или гръбначномозъчна хирургична интервенция в предходните 3 месеца; • кръвоизливи от гастроинтестиналния или уринарния тракт през последните 21 дни • данни за активно кървене или остра травма (фрактура с риск за масивно кървене) пункция на артериален съд, неподлежащ на компресия, през последните 7 дни		
3. Тежка черепно-мозъчна травма (фрактура или контузия на мозъка през последните три месеца)		
4. Кръвна захар под 2,7 ммол/л		
5. Бактериален ендокардит, перикардит, остър панкреатит		
Пациентът има ли поне ЕДНО от горните противопоказания.		

Пациентът има ли ВСИЧКИ показания и НИТО ЕДНО абсолютно противопоказание	☐ ДА	☐ НЕ
--	-----------------------------	-----------------------------

ЗА ЗАПОЧВАНЕ НА ТРОМБОЛИТИЧНА ТЕРАПИЯ ОТГОВОРЪТ НА ГОРНИЯ ВЪПРОС ТРЯБВА ДА БЪДЕ 'ДА'! ОТНОСИТЕЛНИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ СЕ ОПРЕДЕЛЯТ ПО ЛЕКАРСКА ПРЕЦЕНКА СПОРЕД Национален консенсус за профилактика, диагноза и лечение на мозъчносъдовите заболявания.

✓ **ДА СЕ ВНИМАВА:**

- Много добра оценка между очаквана полза и последващ риск.
- При оценка за повишен риск от кървене лекуващият екип може да вземе решение за приложение на редуцирана доза алтеплаза $\times 0.6$ mg/kg т.м.

✓ **ДОЗИРОВКА И НАЧИН НА ПРИЛОЖЕНИЕ:**

Съгласно кратката характеристика на съответния активатор на тъканния плазминоген (алтеплаза или тенектеплаза)

ПОВЕДЕНИЕ
1. Приложение на tPA

2. Необходими са 2 периферни венозни пътя-и поставяне на мониторен контрол преди тромболизата. Определяне на кръвна група не е задължително изследване преди тромболизата и се извършва само при необходимост.

3. Артериалното налягане да се поддържа в стойности не по-високи от 180/105 след започване на тромболизата

4. Не се извършва лумбална пункция по време и 48 часа след лечението с tPA. Поставянето на назогастрална сонда, уринарен катетър или ендотрахеална интубация, при необходимост, трябва да се извършат преди началото на инфузията или да бъдат отложени след 24 часа, освен при неотложност и преценка на евентуални полза – риск от страна на лекувания екип.

ПРОТОКОЛ С ДОЗИ НА КГ/Т.Т. ЗА АЛТЕПЛАЗА И ТЕНЕКТЕПЛАЗА

Алтеплаза – доза 0,9 мг/кг т.т. до 90 мг	Тенектеплаза 0,25 мг/кг т.т. до 25 мг
Време на стартиране на болус:.....часа	Време на стартиране на болус:.....часа
Приложен медикамент болусно:.....мг	Приложен медикамент болусно:.....мг
Време на стартиране на инфузия.....часа	---
Приложен медикамент общо (болус + инфузия):.....мг	---

В цената на клинична пътека № 51.1 “Исхемичен мозъчен инсулт с тромболиза” е разчетено лечение с тъканен плазминогенен активатор. Националната здравноосигурителна каса осигурява лечението на пациенти по алгоритъма на клиничната пътека с посочения медикамент и заплаща приложението му в рамките на договорената цена на клиничната пътека.

ЛЕЧЕНИЕ С тъканен плазминогенен активатор фабричен № на флакона

ПОДЪРЖАНЕ НА АДЕКВАТНО КРЪВНО НАЛЯГАНЕ:

Кръвното налягане след тромболиза се измерва и записва в таблица на всеки 15 минути през първия час след края на тромболизата; на всеки 30 минути през следващите 6 часа; след това на всеки час до 24-тия час след края на тромболизата. Кръвното налягане трябва да се държи под стойности 180 mmHg за систолично или 105 mmHg за диастолично налягане през първите 24 ч след тромболизата.

ЗА ЗАПОЧВАНЕ НА ТРОМБОЛИТИЧНА ТЕРАПИЯ ОТГОВОРЪТ НА ГОРНИЯ

ВЪПРОС ТРЯБВА ДА БЪДЕ ‘ДА’!

✓ ДА СЕ ВНИМАВА:

- Много добра оценка между очаквана полза и последващ риск.
- При възрастни пациенти, при които рискът от кървене е по-висок - оптимална преценка полза - риск.
- Пациенти с дългогодишна неконтролирана артериална хипертония, предсърдно мъждене или левкоенцефалопатия имат повишен риск от кървене или смъртен изход.
- При оценка за повишен риск от кървене лекуващият екип може да вземе решение за приложение на редуцирана доза тромболитик x 0.6мг/кг т.м.

✓ ДОЗИРОВКА И НАЧИН НА ПРИЛОЖЕНИЕ:

Съгласно кратката характеристика на съответния активатор на тъканния

плазминоген

Изчислена обща доза тъканен плазминогенен активатор за пациента:.....мг

Изчислена болус доза тъканен плазминогенен активатор за пациента:.....мг

ПОВЕДЕНИЕ
1. Приложение на tPA
2. Необходими са сигурен периферен венозен път, поставяне на мониторен контрол и определяне на кръвна група
3. Артериалното налягане да се поддържа в стойности не по-високи от 180/105 съгласно преценка на лекуващия екип
4. Не се извършва лумбална пункция по време и 48 часа след лечението с tPA.
Поставянето на назогастрална сонда, уринарен катетър или ендотрахеална интубация, при необходимост, трябва да се извършат
преди началото на инфузията или да бъдат отложени след 24 часа освен при неотложност и преценка на евентуални полза – риск
от страна на лекуващия екип.

Време на стартиране на болус - инфузията:.....

Приложен медикамент болусно:.....мг

Време на стартиране на поддържаща доза:.....

Приложен медикамент общо:.....мг

В цената на клинична пътека № 51.1 “Исхемичен мозъчен инсулт с тромболиза” е разчетено лечение с тъканен плазминогенен активатор. Националната здравноосигурителна

каса осигурява лечението на пациенти по алгоритъма на клиничната пътека с посочения медикамент и заплаща приложението му в рамките на договорената цена на клиничната пътека.

ПОДЪРЖАНЕ НА АДЕКВАТНО КРЪВНО НАЛЯГАНЕ:

Кръвното налягане след тромболиза се измерва и записва в таблица на всеки 15 минути през първия час след края на тромболизата; на всеки 30 минути през следващите 6 часа; след това на всеки час до 24-тия час след края на тромболизата. Кръвното налягане трябва да се държи под стойности 180 mmHg за систолично или 105 mmHg за диастолично налягане през първите 24 ч след тромболизата.

УСЛОЖНЕНИЯ	ПОВЕДЕНИЕ ПРИ УСЛОЖНЕНИЕ
При развитие на тежко главоболие, остра хипертонична реакция, гадене, повръщане, влошаване на съзнанието и неврологичния статус.	Прекратете инфузията с алтеплаза Направете спешен КТ Изследвайте ПТВ, аРТТ, тромбоцити и фибриноген.
При КТ данни за кръвоизлив	Прекратете инфузията, ако не е спряна. Симптоматично лечение и субституираща терапия: - 6-8 единици криопреципитат, съдържащ фибриноген и фактор VIII; - 6-8 единици тромбоцити, и/или прясно замразена плазма. Неврохирургична и хематологична консултация (по преценка).
Нежелани и странични ефекти Най-честият от тях е кървене с последващо намаляване на хематокрита и хемоглобина. Кръвоизливите при терапия с <i>тромболитик</i> се разделят основно на два вида 1. Повърхностни (убождане с игла и др.) 2. Вътрешни (стомах и др.) 3. Повторна тромбоемболия Кръвозагуба в гастроинтестиналната, урогениталната или ретроперитонеалната област. Много по-често се наблюдават екхимози, кървене от носа или от зъбите	Симптоматично лечение и субституираща терапия.

ПРОТОКОЛ ТЕМПЕРАТУРА, КРЪВНА ЗАХАР И ПРЕГЛЪЩАНЕ (FeSS – Fever, Sugar, Swallowing) ЗА ПРЕДОТВРЯВАНЕ 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

National Institute of Health Stroke Scale - NIHSS

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.

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 неколнократни 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 текущият 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 изследвателят 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 едностъпкови 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	0 = няма погледни парези; нормални очни движения	

волевите или рефлекторните (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 рефлекторна 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, предшестваща 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.	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	0 = без зрителни нарушения 1 = частична хемианопсия, (квадрантанопсия) 2 = пълна хемианопсия 3= билатерална хемианопсия (слепота, вкл. корова слепота)	

наличие на екстинция болният получава 1 точка и резултатите се използват за отговор при изследване № 11.		
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 др.), трябва да я премахнете, доколкото е възможно.	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 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. 4 = няма (невъзможно е) движение 9 = ампутация, ставна анкилоза	Л..... Д.....
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	0 = нормални сетивни функции, липса на сетивни увреди 1 = лека до умерена сензорна увреда; пациентът усеща по-	

стимули (защитната реакция). Като абнормна се тестува 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. 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 стволов 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.	слабо или по-тъпо убожданията на засегнатата страна (хемихипестезия, хипалгезия); или има загуба на повърхностна болка 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	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 (листовете 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 (фрагментирана експресия);	

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 (1a = 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.	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 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.	0 = нормална артикулация 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.	0 = без абнормности 1 = зрително, тактилно, слухово, пространствено или персонално (соматично) невнимание; или екстинция при билатерални симултанти стимули за една от сензорните модалности. 2 = изразено хеминевнимание или хемигнориране за повече от една сензорна модалност. Не разпознава собствената си	

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.	ръка или се ориентира само по отношение на едната страна на пространството.	
--	---	--

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

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

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 и едно или повече от

следните условия:

- установяване на топичната диагноза – чрез КТ;
- проведена тромболиза;
- стационаране на огнищната неврологична и общомозъчна симптоматика;
- липса на остър възпалителен процес;
- в случаите на успешно реканализационно лечение, при стабилизиране на общото състояние, липса на неврологичен дефицит и писмено желание от страна на пациента,

след

преценка от страна на лекуващия екип, дехоспитализацията може да се извърши преди изтичане

на минималния болничен престой.

След изписване от болницата болните с ИМИ се насочват да продължат лечение (посочено

за в епикризата) и рехабилитация (двигателна и говорна) в домашни условия, болници

долекуване или хосписи под контрола на ОПЛ и специалиста невролог според състоянието и потребностите им.

Медицински критерии за дехоспитализация при насочване за ендоваскуларно лечение:

- Установяване на топичната диагноза чрез КТ/ЯМР;
- Проведена тромболиза;
- Липсва подобрение на неврологичната симптоматика;
- Наличие на възможност за продължаване на лечението чрез ендоваскуларни

методи.

След изписване от болницата болните се насочват да продължат лечението си в структура по ендоваскуларно лечение на мозъчен инсулт.

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”*;

- 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”*. При невъзможност на пациента да разбере и подпише информирано съгласие, както и при отсъствие на близки или упълномощен представител на пациента, процедурите се извършват по витални индикации въз основа на преценка от мултидисциплинарния екип, като това се отрази стриктно в медицинската документация.

ДОКУМЕНТ № 4

Формуляр за информирано съгласие за тромболиза при остър исхемичен инсулт

Име _____ на
пациента.....

Име _____ на _____ близък/отговорно
лице.....

Дата.....

Вие/Вашият роднина има/те исхемичен инсулт, което означава запушване на кръвоносен съд в мозъка. До част от мозъка в момента не достигат кислород и хранителни вещества, затова тази част е започнала да умира. Увреждането е перманентно и без лечение засегнатата зона ще се разраства. Колкото по-голяма е тя, толкова по-голяма е вероятността за тежка доживотна инвалидизация.

Лечението, което можем да приложим се нарича тромболиза. То трябва да се направи възможно най-скоро след началото на инцидента, защото тогава ползата спрямо риска е най-голяма. Тромболизата е инжекция на лекарство, което цели да разгради запушването и да възстанови кръвния поток. Това ще предотврати по-нататъшна мозъчна смърт. Колкото по-бързо действаме, толкова е по-добре за пациента.

Ако направим тромболиза, пациентът може напълно да се възстанови и да няма остатъчни симптоми в най-добрия случай. Може да има остатъчен дефицит и да има нужда от

физиотерапия и логопед, за да се възстанови. Тромболизата не успява да излекува успешно всички видове запушвания, но ако не я направим, е почти сигурно, че пациентът ще остане тежък инвалид, няма да може да се обслужва и ще са необходими постоянни грижи.

Тъй като това е лекарство за разреждане на кръвта, съществува риск от прокървяване в мозъка или в други части на тялото, което става при 2-7% от пациентите. Фатален кръвоизлив може да има при около 2.5% от случаите. Съществува и риск от развитие на алергична реакция в около 2% от случаите. При евентуално развитие на нежелани реакции сме оборудвани да се справим с тях.

Желаете ли да се приложи лечение с тромболиза?

Съгласен съм за лечение с тромболиза (име и
подпис).....

.....

Не съм съгласен за лечение с тромболиза (име и
подпис).....

.....

.....

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 с 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.