

Стандарти медичної допомоги «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі». Вибрані положення

Загальна частина

Діагноз: Спонтанний внутрішньомозковий кроволив

Коди стану або захворювання

НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

I61 Внутрішньомозковий кроволив

I61.0 Внутрішньомозковий кроволив у півкулю, субкортикальний

I61.1 Внутрішньомозковий кроволив у півкулю, кортикальний

I61.2 Внутрішньомозковий кроволив у півкулю, неуточнений

I61.3 Внутрішньомозковий кроволив у стовбур головного мозку

I61.4 Внутрішньомозковий кроволив у мозочок

I61.5 Внутрішньомозковий внутрішньошлуночковий кроволив

I61.6 Внутрішньомозковий кроволив множинної локалізації

I61.8 Інший внутрішньомозковий кроволив

I61.9 Внутрішньомозковий кроволив, неуточнений

Єдиний класифікатор попередніх діагнозів для бригад екстреної медичної допомоги:

K90 Підозра на гострий мозковий інсульт

АТ	артеріальний тиск
ВМК	внутрішньомозковий кроволив
ВЧТ	внутрішньочерепний тиск
ГМІ	гострий мозковий інсульт
ЕЕГ	електроенцефалографія
ЕКГ	електрокардіографія
ЕМД	екстрена медична допомога
ЗВД	зовнішній вентрикулярний дренаж
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
КМП	клінічний маршрут пацієнта
КПК	концентрат протромбінового комплексу
КТ	комп'ютерна томографія
ЛЗ	лікарські засоби
МНВ	міжнародне нормалізоване відношення
МР	магнітно-резонансна (ангіографія/венографія)
МРТ	магнітно-резонансна томографія
МСКТ	мультиспіральна комп'ютерна томографія
НМГ	низькомолекулярний гепарин
РГК	рівень глюкози крові
САТ	систолический артеріальний тиск
СКТ	спіральна комп'ютерна томографія
ТГВ	тромбоз глибоких вен
Форма 003/о	Медична карта стаціонарного хворого (Форма 003/о), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974
ЦАА	церебральна амілоїдна ангіопатія
ЧДР	частота дихальних рухів
ЧСС	частота серцевих скорочень
ШКГ	шкала ком Глазго
GRE/SWI	градієнт-ехо/ зображення, зважені за магнітною сприйнятливістю
mRS	модифікована Шкала Ренкіна
SpO ₂	сатурація крові киснем

Стандарт 1. Організація надання первинної або екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі

Положення стандарту медичної допомоги

Усі пацієнти з підозрою на гострий мозковий інсульт (ГМІ) підлягають терміновій госпіталізації бригадами екстреної медичної допомоги до визначеного закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) або до ЗОЗ, що знаходиться в іншій адміністративно-територіальній одиниці, якщо такий заклад є ближчим до місця перебування пацієнта, в якому наявне інсультне відділення (інсультний блок, інсультний центр).

Надання первинної або екстреної медичної допомоги пацієнтам з підозрою на ГМІ здійснюється у точці першого медичного контакту та надається: бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, лікарнями відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатопрофільних лікарень, які входять у систему екстреної медичної допомоги;

- бригадами пунктів невідкладної медичної допомоги для дорослого та дитячого населення;
- лікарнями загальної практики – сімейними лікарями, лікарями інших спеціальностей (у випадку виявлення такого пацієнта у помешканні або під час прийому).

Об'рунтування

Рання діагностика та початок лікування пацієнтів з ГМІ, зокрема з внутрішньомозковим крововиливом (ВМК), після появи його перших симптомів гарантовано веде до зниження смертності, запобігає тяжким ускладненням та сприяє оптимальному одужанню.

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05 листопада 2020 року 2524, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 22 грудня 2020 року за 1277/35560 «Про затвердження Єдиного класифікатора попередніх діагнозів для бригад екстреної медичної допомоги»; наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 вересня 2020 року № 2203, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 11 листопада 2020 року за № 1120/35403 «Про затвердження Порядку організації надання медичної допомоги пацієнтам із підозрою на гострий мозковий інсульт у системі екстреної медичної допомоги»; постанова Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2020 року № 1271 «Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події»; наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05 червня 2019 року № 1269 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги».

Обов'язкові критерії якості

1. Усі пацієнти з діагнозом «Підозра на гострий мозковий інсульт» госпіталізуються до ЗОЗ, у якому наявне інсультне відділення (інсультний блок, інсультний центр).
2. На догоспітальному етапі тип ГМІ не визначається.
3. Час доправлення пацієнта у ЗОЗ не повинен перевищувати

100 хвилин від виклику ЕМД (цільовий час від виклику до доїзду бригади ЕМД ≤ 20 хвилин, цільовий час перебування бригади екстреної медичної допомоги на місці події ≤ 20 хвилин, цільовий час транспортування пацієнта ≤ 60 хвилин) і має бути зазначений у медичній документації.

4. Діагностичні заходи на догоспітальному етапі включають:

4.1. Збір анамнезу, в тому числі визначається та документується час виникнення симптомів (тобто час, коли останній раз пацієнта бачили або чули без ознак інсульту) та час виявлення симптомів (тобто час, коли пацієнта побачили або почули з симптомами інсульту).

4.2. Проведення фізикального огляду та оцінка стану пацієнта за шкалою ком Глазго (ШКГ) (див. додаток 1) та шкалою AVPU (див. додаток 5).

4.3. Оцінку та документування вітальних функцій пацієнта (артеріальний тиск (АТ), частота серцевих скорочень (ЧСС), частота дихальних рухів (ЧДР), температура тіла, рівень глюкози крові, сатурація киснем крові (SpO_2), при рівні $SpO_2 \leq 94\%$ надається додатковий кисень).

4.4. Знімається ЕКГ або передача біометричних ЕКГ-сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ; копія залишається у ЗОЗ (паперова або електронна).

5. Забезпечити венозний доступ (катетеризація периферичної вени).

6. Забезпечити прохідність дихальних шляхів.

7. Транспортується пацієнт з піднятим головним кінцем нош до 30° .

8. Попереджається ЗОЗ щодо планованої госпіталізації пацієнта з підозрою на ГМІ не пізніше 15 хвилин до планованого часу госпіталізації.

9. Заходи, що не мають проводитись на догоспітальному етапі медичної допомоги:

9.1. Не проводиться корекція підвищеного рівня артеріального тиску за умови доставки пацієнта у ЗОЗ до 60 хвилин.

9.2. За умови транспортування пацієнта більше 60 хвилин та рівня артеріального тиску вище 220/120 мм рт. ст. проводиться його зниження у межах 15% від початкового (не використовуються пероральні препарати, магнію сульфат, клонідин).

9.3. Не застосовуються лікарські засоби (ЛЗ) з потенційним нейропротекторним, метаболічним, протинабряковим ефектом, антитромботичною дією (антиагреганти, антикоагулянти), магнію сульфат та введення через рот їжі, рідини, ЛЗ.

9.4. Не проводиться корекція підвищеного рівня глюкози за умови доставки пацієнта до 60 хвилин до ЗОЗ.

9.5. За наявності гіпоглікемії у пацієнта $\leq 3,5$ ммоль/л – вводиться глюкоза внутрішньовенно.

9.6. За умови транспортування пацієнта більше 60 хвилин та рівня гіперглікемії вище 25 ммоль/л проводиться зниження до рівня менше 20 ммоль/л за допомогою інсулінів короткої дії.

Стандарт 2. Первинна клінічна оцінка пацієнта з діагнозом «Підозра на гострий мозковий інсульт»

Положення стандарту

Первинна клінічна оцінка здійснюється ЗОЗ, до якого транспортується пацієнт із підозрою на ГМІ, з метою встановлення

диференційного діагнозу за типом інсульту та подальшого планування діагностичних і лікувальних заходів.

- ЗОЗ, які приймають пацієнтів з підозрою на ГМІ, повинні мати можливість забезпечити в цілодобовому режимі:
- МСКТ/МРТ нейровізуалізацію;
- моніторинг вітальних функцій;
- лабораторний контроль показників гомеостазу;
- надання необхідної допомоги спеціально підготовленим за проблемою інсульту медичним персоналом;
- консультацію лікаря-нейрохірурга (в тому числі засобами телемедицини).

Обґрунтування

Розмір ураження головного мозку, а внаслідок цього і обсяг неврологічного дефіциту, може бути зменшений за умови вчасної діагностики та початку лікування в перші години після розвитку інсульту, тобто у межах так званого терапевтичного вікна. Для розуміння потреб кожного пацієнта з ВМК потрібна ефективна та цілеспрямована діагностика. Пацієнти, які надходять до ЗОЗ з підозрою на ВМК, часто мають значні фізіологічні відхилення та супутні захворювання, які можуть ускладнювати процес діагностики та лікування. Захворювання, такі як гіпертензія або наявність коагулопатії, можуть вплинути на рішення щодо лікування.

З огляду на те, що ураження великих судин є частою причиною нетравматичного ВМК, необхідно проводити подальші нейровізуалізаційні дослідження з використанням СКТ-ангіографії, МР-ангіографії або цифрової субтракційної ангіографії для виявлення можливих артеріовенозних мальформацій, аневризм або випадків тромбозу синусів твердої мозкової оболонки. Маркери КТ, пов'язані з цими основними мікроангіопатіями, включають множинні хронічні лакуни та ураження стовбура, глибокої сірої речовини, перивентрикулярні і підкіркові ураження білої речовини. На МРТ можна побачити ці самі зміни, а також збільшення периваскулярних просторів на T2-зважених зображеннях, церебральні мікрокрововиливи або корковий поверхневий сидероз на чутливих до крові послідовностях (T2*/GRE та/або SWI).

Ширше використання МРТ у гострих/післягострих стадіях виявляє віддалені точкові гіперінтенсивні ураження на дифузно-зважених зображеннях у 25% пацієнтів зі спонтанним ВМК. Етіологія, що лежить в основі цих змін, в даний час вивчається, але, мабуть, тісно пов'язана зі ступенем тяжкості мікроангіопатії. В таких випадках можна розглянути можливість пошуку джерел емболії до тих пір, поки не з'ясується їх клінічне значення.

Хоча оптимальні цільові значення АТ для пацієнтів, у яких виник спонтанний ВМК, невідомі, вважається, що систолічний артеріальний тиск (САТ) понад 180 мм рт. ст. збільшує ризик повторного крововиливу і збільшення розмірів гематоми. Раннє інтенсивне зниження артеріального тиску знижує зростання гематоми. Варіабельність АТ в найгострішому і гострому періодах пов'язана з гіршими результатами лікування. Результати останніх досліджень свідчать, що у разі дуже високих вихідних показників САТ (≥ 220 мм рт. ст.) дуже швидке та значне його зниження асоціюється з гострим ушкодженням нирок і може погіршувати результати лікування. Цільовий рівень САТ у більшості випадків становить нижче 160 мм рт.ст., проте нижчий цільовий рівень САТ (< 140 мм рт. ст.), ймовірно, є безпечним.

Термінова консультація лікаря-нейрохірурга необхідна при великому ВМК, доступному для хірургічного втручання, або якщо крововилив викликає обструктивну гідроцефалію, має клінічні ознаки дислокації (наприклад, зниження рівня свідомості, зміни зіниць); вирішити питання щодо необхідності хірургічного втручання може лише лікар-нейрохірург.

Обов'язкові критерії якості

1. При поступленні до ЗОЗ пацієнт із підозрою на ГМІ терміново (протягом 10 хвилин) має бути оглянутий лікарем-невропатологом або, за відсутності лікаря-невропатолога, лікарем-нейрохірургом.

2. За відсутності на місці лікарів-невропатологів та/або лікарів-нейрохірургів необхідно застосовувати протоколи для зв'язку з відповідними експертами за допомогою технології телемедицини (Telestroke), щоб прискорити оцінку пацієнта та прийняття рішень щодо транспортування до ЗОЗ більш високого рівня надання медичної допомоги.

3. Діагностичні заходи під час первинної клінічної оцінки включають:

3.1 Збір анамнезу, в тому числі анамнезу захворювання, анамнезу життя, сімейного анамнезу, медикаментозного анамнезу із зазначенням історії прийому ліків, особливо антитромботичної терапії (антиагреганти, антикоагулянти).

3.2. Проведення фізикального огляду та оцінка рівня свідомості пацієнта за ШКГ (див. додаток 1).

3.3. Оцінку неврологічного дефіциту, обумовленого ГМІ, за шкалою NIHSS (див. додатки 2, 3).

3.4. Оцінку та документування вітальних функцій пацієнта (АТ, ЧСС, ЧДР, температура тіла, рівень глюкози крові, SpO_2); при рівні $SpO_2 \leq 94\%$ дається додатковий кисень.

3.5. Лабораторні дослідження:

- загальний клінічний аналіз крові (включно з підрахунком числа тромбоцитів);
- біохімічний аналіз крові (глюкоза, сечовина, креатинін, калій, натрій, загальний білок, С-реактивний білок);
- коагуляційний гемостаз (міжнародне нормалізоване відношення (MNV), активований частковий тромбопластиновий час (АЧТЧ)).

4. Провести невідкладну оцінку щодо потреби у забезпеченні прохідності дихальних шляхів за допомогою ендотрахеальної інтубації у пацієнтів, у яких сума балів за ШКГ знижується та/або становить ≤ 8 , наявне неадекватне спонтанне дихання з ЧДР ≤ 8 або ≥ 40 за 1 хвилину, патологічні типи дихання або $SpO_2 \leq 90\%$ при самостійному диханні з інсуфляцією кисню зі швидкістю потоку 5–8 л/хв.

5. Пацієнти з підозрою на ВМК повинні пройти нейровізуалізацію за допомогою безконтрастної МСКТ або МРТ відразу після стабілізації дихальних функцій з метою підтвердження діагнозу, локалізації та розміру крововиливу:

5.1. Проведення безконтрастної МСКТ головного мозку або МРТ головного мозку в аксіальній проекції в режимах DWI з картами ADC, FLAIR, T2*(GRE)/SWI протягом 60 хвилин з часу поступлення до ЗОЗ.

5.2. Визначення об'єму (розміру) гематоми при виявленні ВМК (в мл, cm^3).

Візуалізація внутрішньочерепних судин за допомогою МСКТ-ангіографії або безконтрастної МР-ангіографії (ToF) для виключення структурної судинної патології, такої як аневризма, артеріовенозна мальформація або тромбоз церебральних венозних синусів, за наявності наступних критеріїв:

- вік < 50 років;
- жіноча стать;
- лобарне або субтенторіальне розташування ВМК;
- супутній внутрішньошлунчковий крововилив;
- відсутність нейровізуалізаційних маркерів хвороби дрібних судин головного мозку;
- розташування гематоми наближене до латеральної щілини або в медіобазальних відділах лобних часток;
- поєднання ВМК з нейровізуалізаційними ознаками субарахноїдального крововиливу;
- відсутність артеріальної гіпертензії або порушень коагуляції.

7. Забезпечення контролю артеріального тиску:

7.1. Вимірювання АТ відразу після прибуття до відділення невідкладної допомоги ЗОЗ та моніторинг кожні 15 хвилин у подальшому до досягнення бажаного цільового рівня АТ і підтримки його протягом перших 24 годин.

7.2. Досягнення цільової верхньої межі САТ на рівні нижче 140–160 мм рт. ст. протягом 1–2 годин з моменту встановлення діагнозу ВМК та утримання цих рівнів протягом щонайменше 24–48 годин.

7.3. Досягнення більш низького цільового показника (тобто < 140 мм рт. ст.), за наявності наступних ознак:

- поступлення протягом 6 годин після появи симптомів; САТ не вище 220 мм рт. ст.;
- антикоагулянтна терапія;
- наявність нейровізуалізаційних маркерів збільшення розмірів крововиливу; нормальна функція нирок.

7.4. Використання парентеральних ЛЗ для постійного контролю АТ протягом перших 24 годин (наприклад, урапідилу, еналаприлу, метопрололу).

7.5. Подальший моніторинг АТ (після 24 годин) слід підбирати індивідуально для кожного пацієнта відповідно до стабільності показників життєво важливих функцій і внутрішньочерепного тиску (ВЧТ) (Стандарт 4 п. 5).

8. Для визначення необхідності хірургічного втручання та узгодження подальших діагностично-лікувальних заходів після нейровізуалізації всім пацієнтам з підтвердженим діагнозом ВМК мають бути проведені огляд та консультація лікаря-нейрохірурга протягом 30 хвилин за наявності даного спеціаліста у ЗОЗ або протягом 2 годин засобами телемедицини за відсутності даного спеціаліста у ЗОЗ; огляд включає оцінку пацієнта за Шкалою ІСН (див. додаток 9).

Бажані критерії якості

1. Під час фізикального обстеження провести оцінку рівня свідомості пацієнта за Шкалою FOUR (див. додаток 6).

2. Провести оцінку за модифікованою Шкалою Ренкіна (mRS) стану пацієнта до виникнення симптомів поточного інсульту (див. додаток 4).

3. Проведення неконтрастної МСКТ головного мозку або МРТ головного мозку в аксіальній проекції в режимах DWI з картами

ADC, FLAIR, T2* (GRE)/SWI протягом 30 хвилин з часу поступлення до ЗОЗ.

4. Одночасне з неконтрастною візуалізацією головного мозку проведення МСКТ-ангіографії або безконтрастної МР-ангіографії (ToF) у разі підозри щодо структурної патології мозкових судин.

5. КТ-венографія або МР-венографія для оцінки наявності тромбозу церебральних венозних синусів у разі підозри на цю патологію.

6. МРТ (обов'язково з режимами T2* (GRE)/SWI) для всіх пацієнтів з ВМК для отримання інформації щодо структурних мікроангіопатичних змін для підтвердження діагнозу спонтанного ВМК у результаті захворювання дрібних судин головного мозку, викликаного хронічною гіпертензією та/або церебральною амлоїдною ангіопатією.

7. Цифрова субтракційна ангіографія (селективна церебральна ангіографія) для уточнення структурної патології мозкових судин при її виявленні за результатами МСКТ-ангіографії або безконтрастної МР-ангіографії (ToF).

8. Визначення рівня D-димера.

Стандарт 3. Госпіталізація до інсультного відділення Положення стандарту

До інсультного відділення (інсультний блок, інсультний центр) госпіталізуються пацієнти з діагнозом ВМК, які не потребують корекції вітальних функцій, за виключенням пацієнтів, яким необхідне ургентне хірургічне втручання.

Пацієнти зі зниженим рівнем свідомості (за ШКГ ≤ 12 балів), психомоторним збудженням (делірієм) або ті, хто потребують корекції вітальних функцій, госпіталізуються у відділення анестезіології та інтенсивної терапії.

Обґрунтування

Лікування в інсультному блоці знижує до 30% ймовірність смерті та втрати працездатності у чоловіків та жінок будь-якого віку з легким, помірним або тяжким інсультом. Лікування в інсультному блоці характеризується скоординованим міждисциплінарним командним підходом, що забезпечує запобігання ускладнень і рецидиву інсульту, прискорення мобілізації та забезпечення ранньої реабілітації.

Дані свідчать про те, що у пацієнтів з інсультом (зокрема з ВМК), які отримують лікування в інсультних блоках, менше ускладнень, більш рання мобілізація, і пневмонія розпізнається раніше.

Пацієнтів слід лікувати саме у відокремленому інсультному блоці, оскільки віддалене ведення за локальними маршрутами та дистанційна допомога інсультної команди не дає тієї ж користі, що лікування в інсультному блоці. Доступ до ранньої реабілітації є ключовим аспектом лікування в інсультному блоці.

Обов'язкові критерії якості

1. При поступленні пацієнта до інсультного відділення проводиться оцінка за ШКГ, оцінка неврологічного статусу та вітальних функцій, які в подальшому повинні повторюватися не рідше, ніж один раз на годину (за Шкалою NIHSS не рідше одного разу на 6 годин) протягом перших 24 годин, залежно від стабільності пацієнта.

2. Потенційно нестабільні пацієнти, а саме: пацієнти з об'ємом ВМК ≥ 30 см³, низькою (≤ 12 балів) або такою, що знижується, оцін-

кою за ШКГ, погіршенням неврологічного статусу, інфратенторіальним розташуванням ВМК, супутнім внутрішньошлуночковим крововиливом або гідроцефалією, рефрактерною гіпертензією та/або нейровізуалізаційними ознаками збільшення розмірів ВМК, потребують постійного ретельного спостереження (тобто оцінки нейровітальних ознак, включно з оцінкою за шкалою NIHSS (див. додатки 2, 3), щогодини протягом перших 24 годин).

3. Заходи, що не мають проводитись при госпіталізації до інсультного відділення:

3.1. Не встановлювати сечові катетери стабільним пацієнтам без затримки сечі.

3.2. Не використовувати транексамову кислоту або іншу гемостатичну терапію для лікування спонтанного ВМК; ЛЗ з потенційним нейропротекторним, метаболічним ефектом; колоїдні розчини; розчин магнію сульфату; потенційно протиангіотензивні препарати, окрім зазначених у Стандарті 4 (п. 5).

Бажані критерії якості

Госпіталізація пацієнтів зі зниженим рівнем свідомості (за ШКГ ≤ 12 балів), психомоторним збудженням (делірієм) або іншими медично нестабільними ознаками (які потребують корекції вітальних функцій) у відділення анестезіології та інтенсивної терапії неврологічного/нейрохірургічного профілю.

Стандарт 4. Ведення пацієнтів з ВМК під час лікування в інсультному відділенні

Положення стандарту медичної допомоги

Під час перебування в інсультному відділенні пацієнти з ВМК отримують відповідну терапію, в тому числі медикаментозну, спрямовану на підтримку вітальних функцій, профілактику та своєчасне лікування ускладнень, ранню реабілітацію, вторинну профілактику.

Обґрунтування

Для пацієнтів, які отримували варфарин до ВМК, лікування концентратом протромбінового комплексу (КПК) перевершує внутрішньовенне введення свіжозамороженої плазми. Лікування ідаруцизумабом ефективно інгібує антикоагулянтні ефекти у пацієнтів, які потребують хірургічного втручання або інших інвазивних процедур, які раніше отримували лікування прямим пероральним антикоагулянтом – дабігатраном.

Ведення пацієнтів зі спонтанним ВМК має значні індивідуальні особливості, включає своєчасне виявлення та лікування можливих ускладнень та забезпечення вторинної профілактики.

Обов'язкові критерії якості

1. Для пацієнтів, які отримували антикоагулянтну терапію до ВМК, слід припинити прийом антикоагулянтів, а також розглянути негайне зупинення їх ефектів, незалежно від основного показання для антикоагуляції:

1.1. Негайно деактивувати препарати групи антагоністів вітаміну К (АВК) (наприклад варфарин або аценокумарол) за допомогою введення концентрату протромбінового комплексу (КПК) в дозі 10–20 ОД на кг маси тіла при МНВ від 1,3 до 2,0, а при МНВ $>2,0$ – 20–50 ОД на кг маси тіла (з максимальною разовою дозою 3000 ОД), після внутрішньовенного введення 10 мг вітаміну К1 (фітоменадіону) (якщо час після останнього прийому АВК не перевищує 48 годин).

1.2. негайно припинити прийом інгібіторів фактора Ха (апіксабан, ривароксабан) і призначити терапію 4-факторним КПК у дозі 50 ОД на кг маси тіла з максимальною разовою дозою 3000 ОД (якщо час після останнього прийому інгібітора фактора Ха не перевищує 24 годин).

1.3. негайно припинити дію дабігатрану шляхом введення ідаруцизумабу; вводити загальну дозу 5 г двома внутрішньовенними болюсними дозами по 2,5 г кожна з інтервалом не більше 15 хвилин (дози слід вводити послідовно, немає необхідності в перерві між дозами) (якщо час після останнього прийому дабігатрану не перевищує 24 годин).

1.4. Ввести протамін, якщо пацієнт отримав низькомолекулярний гепарин (НМГ) у лікувальній дозі протягом останніх 12 годин.

1.5. негайно припинити внутрішньовенну інфузію гепарину, якщо пацієнт отримував її на момент виникнення ВМК, і ввести протамін.

1.6. негайно припинити прийом антитромбоцитарних препаратів (наприклад, ацетилсаліцилова кислота (АСК), клопідогрель, тикагрелор).

1.7. Не проводити трансфузію тромбоконцентрату при відсутності значної тромбоцитопенії. Показання до трансфузії тромбоконцентрату:

- тяжким пацієнтам за відсутності гострої кровотечі при кількості тромбоцитів $\leq 20 \times 10^9/\text{л}$;
- пацієнтам, яким заплановано виконання інвазивних маніпуляцій (встановлення центральних венозних катетерів, ендоскопія та біопсія, люмбальна пункція та лапаротомія) при кількості тромбоцитів $\leq 50 \times 10^9/\text{л}$;
- пацієнтам, яким заплановані внутрішньочерепні та нейрораксальні оперативні втручання, при кількості тромбоцитів $\leq 100 \times 10^9/\text{л}$.

2. 3 метою **профілактики ранніх ускладнень** ВМК має бути забезпечено:

2.1. Контроль температури тіла щонайменше кожні 6 годин протягом перших 72 годин та зниження за допомогою парацетамолу або метамізолу при показниках $\geq 37,5^\circ\text{C}$, включно з фізичними методами охолодження за неефективності фармакологічних.

2.2. Припідняття на 30° узголів'я ліжка пацієнта.

2.3. Контроль АТ.

2.4. Контроль рівня глюкози крові щонайменше кожні 6 годин протягом перших 72 годин та корекція гіперглікемії відповідно до положень протоколу FeSS (див. додаток 10).

2.5. Проведення скринінгу порушення функції ковтання (див. додаток 8) протягом перших 24 годин після госпіталізації.

2.6. До проведення скринінгу на порушення функції ковтання не давати пацієнту нічого через рот (ЛЗ, їжу, рідину).

2.7. Оцінювання функції ковтання фахівцями з мови та мовлення (логопед, терапевт мови та мовлення).

2.8. У випадку виявлення дисфагії введення рідини та харчування через назогастральний зонд.

2.9. Нормовентиляція при проведенні ШВЛ з рівнем PaCO_2 35–40 мм рт. ст. (уникати гіпервентиляції).

3. Для профілактики **венозної тромбоемболії (ВТЕ)**: тромбозу глибоких вен (ТГВ) та/або тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) має бути забезпечено:

3.1. Медикаментозна профілактика, за необхідності, НМГ (еноксапарин) через 48 годин після початку симптомів та після документально підтвердженої стабілізації гематоми при нейровізуалізації:

- для документування стабілізації гематоми потрібна додаткова нейровізуалізація, яка проводиться мінімум через 24 години від первинної;
- за відсутності можливості призначення НМГ (наприклад, тяжка ниркова недостатність з розрахунковою швидкістю клубочкової фільтрації менше 30) призначити нефракціонований гепарин.

3.2. Заборона використання медичного компресійного трикотажу (панчох).

4. Для корекції **судомного синдрому** необхідно забезпечити:

4.1. Контроль за виникненням судом, в тому числі під час моніторингу вітальних функцій та неврологічного статусу у пацієнтів, у яких спостерігались судоми на початку розвитку ВМК, та повторної судомної активності (з документуванням).

4.2. Лікування повторних судом у пацієнтів із ВМК відповідно до рекомендацій з лікування судом при інших неврологічних станах.

4.3. Проведення короткострокової протисудомної терапії у випадку одиничного судомного нападу, який виник на початку або впродовж перших 24 годин після ВМК (найгостріший період) і самостійно минув; не використовувати протисудомні препарати тривалої дії.

4.4. Не використовувати протисудомні препарати у пацієнтів з ВМК з профілактичною метою та м'язові релаксанти для корекції судомного синдрому.

4.5. У разі виникнення нападів, які не минають самостійно та які вперше виникли, у пацієнтів, госпіталізованих із ВМК, призначення протисудомних ЛЗ.

5. 3 метою корекції підвищеного **внутрішньочерепного тиску** (ВЧТ) (клінічні ознаки підвищеного ВЧТ включають зниження рівня свідомості, розширені зіниці зі зниженням фотореакцій, нове ураження 6-ї пари черепних нервів або інші неврологічні симптоми, які не можна локалізувати, посилення головного болю та/або нудота/блювання, а також підвищення артеріального тиску зі зниженою частотою серцевих скорочень і нерегулярними/зниженими дихальними рухами (рефлекс Кушинга), які корелюють з результатами повторної нейровізуалізації) необхідно:

5.1. Уникати компресії судин шиї, особливо при фіксації трахеостомічних трубок, у пацієнтів з підвищеним ВЧТ.

5.2. Використовувати консервативні методи зниження ВЧТ у випадку підозри на його підвищення:

- підйом узголів'я ліжка на 30°C ;
- методи нейрозахисту (нормотермія, нормоглікемія);
- знеболювання та легка седация (контрольована аналгоседация препаратами короткої дії).

5.3. Тимчасово призначити гіперосмотичні препарати (манітол та/або 3 % розчин натрію хлориду) для зниження ВЧТ у пацієнтів з ВМК з клінічними ознаками дислокації перед хірургічним втручанням під контролем рівня натрію крові.

5.4. Не призначати з профілактичною метою та рутинно гіперосмотичні препарати (манітол та/або 3 % розчин натрію хлориду); кортикостероїди для лікування ВЧТ при ВМК.

5.5. Консультація лікаря-нейрохірурга у випадку появи ознак гідроцефалії при повторній нейровізуалізації.

Бажані критерії якості

1. За необхідності довготривалого знаходження назогастрального зонда для годування пацієнта не раніше 21 дня розглянути можливість перкутанної ендоскопічної гастростомії.

2. Використовувати пристрої для переміжної пневматичної компресії, починаючи з першого дня госпіталізації.

3. Безперервний моніторинг ЕЕГ для діагностики безсудомного епілептичного статусу в пацієнтів зі зниженим рівнем свідомості, який не відповідає розмірам і розташуванню ВМК.

Стандарт 5. Хірургічне лікування

Положення стандарту медичної допомоги

Хірургічне лікування ВМК спрямоване на усунення механічної компресії мозку, дислокації мозку, оклюзійної гідроцефалії та до зменшення неврологічного дефіциту в пацієнтів, у яких консервативне лікування неефективне.

Проведення хірургічного втручання у пацієнтів із хірургічно доступними супратенторіальними крововиливами та клінічними ознаками дислокації (наприклад, зниження рівня свідомості, анізокорія), особливо у наступних підгрупах: пацієнти віком до 65 років, поверхневе розташування ВМК (менше або дорівнює 1 см від поверхні кори), наявність супутньої патології судин головного мозку (артеріальна аневризма, артеріовенозна мальформація, кавернозна ангиома) або пухлина.

Обґрунтування

Патофізіологічні зміни, які розвиваються в пошкодженій мозковій речовині навколо крововиливу, зумовлені як підвищенням механічним тиском згустка крові, так і подальшою токсичною дією крові на прилеглі мозкові структури.

Хірургічне втручання для видалення супратенторіального ВМК у ранні терміни може усунути причину крововиливу, запобігти повторній кровотечі, а також вторинному ушкодженню головного мозку та прогресуванню дислокаційних змін за рахунок усунення синдрому об'ємного утворення в порожнині черепа.

Відносними протипоказаннями до операції є наявність тяжкої соматичної патології (цукровий діабет, ниркова, печінкова, серцево-судинна та легенева патологія в стадії декомпенсації, гіпокоагуляція, сепсис, онкологічні захворювання у термінальній стадії).

Обов'язкові критерії якості

1. До початку хірургічного втручання має бути отримано підтвердження блокування дії антикоагулянтів: $MNH \leq 1,3$ для варфарину.

2. Встановлення зовнішнього вентрикулярного дренажу (ЗВД) пацієнтам зі зниженим рівнем свідомості та оклюзійною гідроцефалією внаслідок внутрішньошлуночкового крововиливу або мас-ефекту.

3. Проведення хірургічного втручання пацієнтам із крововиливом у мозочок, особливо зі зниженням рівня свідомості, у випадку появи нових стовбурових симптомів або якщо діаметр крововиливу становить 3 см та більше: проведення ЗВД має відбуватися в поєднанні з видаленням гематоми при супутній гідроцефалії.

4. Постійний клінічний моніторинг пацієнтів з гідроцефалією та нормальним рівнем свідомості, проведення ЗВД при перших ознаках зниження рівня свідомості та верифікації прогресування ознак гідроцефалії за даними контрольної нейровізуалізації.

5. Хірургічне видалення гематоми зазвичай не проводиться, якщо стан пацієнта стабільний і немає ознак дислокації.

6. Не проводити внутрішньошлуночковий фібриноліз для лікування спонтанного внутрішньошлуночкового крововиливу з супутнім ВМК або без нього (може знизити ризик смерті, але, з іншого боку, збільшує шанси на залежність/інвалідизацію з балом за mRS 4–5).

7. Не проводити рутинно стереотаксичний фібриноліз і дренажування (метод MISTIE (tPA)) (знижує смертність в порівнянні з медикаментозним лікуванням, але не покращує функціональні результати).

Бажані критерії якості

1. Проведення ендоскопічного видалення глибокого та поверхневого ВМК для зменшення об'єму гематоми.

2. Проведення декомпресійної краніотомії без видалення гематоми при глибоких ВМК, які викликають дислокаційні зміни і супроводжуються підвищенням ВЧТ.

3. До початку хірургічного втручання має бути отримано підтвердження блокування дії антикоагулянтів: підтвердження введення ідаруцизумабу для дабігатрану; підтвердження введення КПК для інгібітора фактора Ха.

Стандарт 6. Рекомендації при виписці зі стаціонару

Положення стандарту медичної допомоги

Тривалість стаціонарного лікування визначається ступенем тяжкості інсульту та охоплює найгостріший період (перші 24 години) та гострий період (перші 7 днів) для пацієнтів, які потребують цілодобового спостереження лікаря, період стаціонарного лікування може бути продовжений.

Рання виписка пацієнта з інсультного відділення додому можлива у разі інсульту легкого або середнього ступеня тяжкості, за умови подальшого продовження реабілітації мультидисциплінарною командою в ЗОЗ, що надають вторинну амбулаторну медичну допомогу.

Обґрунтування

Планування виписки та надання індивідуальної програми реабілітації та профілактики повторного інсульту позитивно впливає на результати медичної допомоги та реабілітації на вторинному амбулаторному та первинному рівнях медичної допомоги.

Обов'язкові критерії якості

1. Оцінка наявності факторів ризику судинних захворювань (таких як неправильне харчування, відсутність фізичного навантаження, надмірна маса тіла (співвідношення талії і стегон), шкідливі звички (вживання алкоголю, куріння), підвищений АТ тощо.

2. Оцінка ризику рецидиву ВМК:

- клінічні фактори – вік, артеріальна гіпертензія, антикоагулянтна терапія, лакунарний інсульт в анамнезі;
- нейровізуалізація – лобарне (поверхневе) розташування, ознаки ЦАА, наявність асоційованого конвексального субарахноїдального крововиливу та наявність і кількість церебральних мікрокрововиливів та/або коркового поверхневого сидерозу на GRE/SWI MPT-послідовностях;

- у випадку відсутності морфологічного діагнозу ймовірна ЦАА може бути діагностована на основі модифікованих Бостонських критеріїв (див. додаток 7).
3. Надати рекомендації щодо модифікації способу життя (фізичної активності, здорового харчування, зменшення споживання алкоголю, відмову від куріння тощо).
 4. Не обмежувати авіаперельоти для пацієнтів після перенесеного ВМК понад звичайних обмежень.
 5. Активний моніторинг, лікування та контроль АТ у довгостроковій перспективі для забезпечення підтримки цільового рівня АТ постійно нижче 130/80 мм рт. ст., в тому числі з використанням домашніх пристроїв для моніторингу АТ.
 6. У пацієнтів з ВМК, яким показано лікування антикоагулянтами, рішення щодо початку або відновлення антикоагулянтної терапії повинні прийматися індивідуально відповідно до ризику повторної геморагії та тромбоемболії:
 - якщо антикоагулянтна терапія вважається необхідною та показано лікування прямими оральними антикоагулянтами (ПОАК) (наприклад, при фібриляції передсердь), терапія ПОАК є кращою, ніж терапія з використанням варфарину;
 - терапію ПОАК не слід використовувати у пацієнтів із механічними серцевими клапанами та внутрішньомозковим крововиливом.
 7. Оптимальний час і стратегія щодо антитромботичної терапії (антитромбоцитарної або антикоагулянтної) після ВМК повинні бути індивідуалізовані для конкретного пацієнта (1 місяць для антиагрегантів, 4–8 тижнів для антикоагулянтів).
 8. Не призначати статини для вторинної профілактики внутрішньомозкового крововиливу; для пацієнтів із ВМК, у яких наявні супутні показання для зниження холестерину, лікування статинами має бути індивідуалізованим, враховувати загальний тромботичний ризик, а також можливість підвищеного ризику ВМК при лікуванні статинами.

Бажані критерії якості

Після ВМК пацієнти мають пройти оцінку наявного неврологічного дефіциту та функціональних обмежень, коли це необхідно (когнітивна оцінка, скринінг на депресію, перевірка придатності до водіння автомобіля, потреба в потенційній реабілітації та в допомозі у повсякденній діяльності).

Індикатори якості медичної допомоги

Перелік індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надає стаціонарну медичну допомогу, клінічного маршруту пацієнта з ВМК.
2. Відсоток пацієнтів з ВМК, яким проведена нейровізуалізація протягом 60 хвилин з часу доставки пацієнта до ЗОЗ.
3. Відсоток пацієнтів з ВМК, у яких досягнута цільова верхня межа систолічного артеріального тиску на рівні нижче 140–160 мм рт. ст. протягом 1–2 годин з моменту встановлення діагнозу ВМК та утримання цих рівнів протягом щонайменше 24–48 годин.
4. Відсоток пацієнтів з ВМК, яким проведена консультація лікаря-нейрохірурга протягом 30 хвилин за наявності даного спеціаліста у ЗОЗ або протягом 2 годин засобами телемедицини за відсутності даного спеціаліста у ЗОЗ з оцінкою за шкалою ICH.
5. Відсоток пацієнтів з ВМК, яким проведено нейрохірургічне втручання.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надає стаціонарну медичну допомогу, клінічного маршруту пацієнта з ВМК.

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

Індикатор ґрунтується на стандарті медичної допомоги «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому кроволивлі».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів – клінічний маршрут пацієнта (КМП) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинним стандартам даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

- 2022 рік – 90 %;
- 2023 рік та подальший період – 100 %.

Інструкція з обчислення індикатора

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ВМК, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

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

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх спеціалізованих стаціонарів, які надають допомогу пацієнтам з ВМК, зареєстрованим в районі обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість спеціалізованих стаціонарів, які надають допомогу пацієнтам з ВМК (відділення інтенсивної терапії, відділення екстреної медичної допомоги, спеціалізовані інсультні відділення багатопрофільних лікарняних закладів, зареєстрованих в районі обслуговування).

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

Чисельник індикатора складає загальна кількість спеціалізованих стаціонарів, які надають допомогу пацієнтам з ВМК, зареєстрованих в районі обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП пацієнтам з ВМК.

Джерелом інформації є КМП, наданий спеціалізованим стаціонаром, який надає допомогу пацієнтам з ВМК.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Відсоток пацієнтів з ВМК, яким проведена нейровізуалізація протягом 60 хвилин з часу доставки пацієнта до ЗОЗ.

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

Індикатор ґрунтується на стандарті медичної допомоги «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому кроволиві».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

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

Інструкція з обчислення індикатора

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ВМК, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

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

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

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

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, доставлених до ЗОЗ з ВМК. Джерелом інформації є: Медична карта стаціонарного хворого (Форма 003/о).

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, доставлених до ЗОЗ з ВМК, яким проведена нейровізуалізація протягом 60 хвилин. Джерелом інформації є: Медична карта стаціонарного хворого (Форма 003/о).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

3. Відсоток пацієнтів з ВМК, у яких досягнута цільова верхня межа систолічного артеріального тиску на рівні нижче 140–160 мм рт. ст. протягом 1–2 годин з моменту встановлення діагнозу ВМК та утримання цих рівнів протягом щонайменше 24–48 годин.

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

Індикатор ґрунтується на стандарті медичної допомоги «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому кроволиві».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

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

Інструкція з обчислення індикатора

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ВМК, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

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

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

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

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з ВМК, які лікувалися у ЗОЗ за звітний період. Джерелом інформації є: Медична карта стаціонарного хворого (Форма 003/о).

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з ВМК, у яких досягнута цільова верхня межа систолічного артеріального тиску на рівні нижче 140–160 мм рт. ст. протягом 1–2 годин з моменту встановлення діагнозу ВМК та утримання цих рівнів протягом щонайменше 24–48 годин.

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

Значення індикатора наводиться у відсотках.

4. Відсоток пацієнтів з ВМК, яким проведена консультація лікаря-нейрохірурга протягом 30 хвилин за наявності даного спеціаліста у ЗОЗ або протягом 2 годин засобами телемедицини за відсутності даного спеціаліста у ЗОЗ з оцінкою за шкалою ICH.

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

Індикатор ґрунтується на стандарті медичної допомоги «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому кроволиві».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

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

Інструкція з обчислення індикатора

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ВМК, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

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

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

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

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з ВМК, які лікувалися у ЗОЗ за звітний період. Джерелом інформації є: Медична карта стаціонарного хворого (Форма 003/о).

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з ВМК, яким проведена консультація лікаря-нейрохірурга протягом 30 хвилин за наявності даного спеціаліста у ЗОЗ або протягом 2 годин засобами телемедицини за відсутності даного спеціаліста

у ЗОЗ з оцінкою за шкалою ICH, на момент початку звітнього періоду.

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

Значення індикатора наводиться у відсотках.

5. Відсоток пацієнтів з ВМК, яким проведено нейрохірургічне втручання.

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

Індикатор ґрунтується на стандарті медичної допомоги «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому кроволиві».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

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

Інструкція з обчислення індикатора.

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

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

Дані надсилаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

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

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з ВМК, які лікувалися у ЗОЗ за звітний період. Джерелом інформації є: Медична карта стаціонарного хворого (Форма 003/о).

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з ВМК, яким проведено нейрохірургічне втручання.

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

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел, використаних при розробці стандарту медичної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому кроволиві», 2021.

2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28.04.2012 за № 661/20974.

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 за 2001/22313 (зі змінами).

4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.07.2014 № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13.08.2014 за № 959/25736.

5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.06.2019 № 1269 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги».

6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25.09.2020 № 2203 «Про затвердження Порядку організації надання медичної допомоги пацієнтам із підозрою на гострий мозковий інсульт у системі екстреної медичної допомоги», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 11.11.2020 за 1120/35403.

7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.11.2020 № 2524 «Про затвердження Єдиного класифікатора попередніх діагнозів для бригад екстреної медичної допомоги», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 22.12.2020 за № 1277/35560.

8. Постанова Кабінету Міністрів України від 16.12.2020 № 1271 «Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події».

Повний текст документа доступний за посиланням:

https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/01/2022_08_standart_vmk.pdf