

„Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена при приложени и отчетени три диагностични и две терапевтични процедури.

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

Процедура **56001-00 Компютърна томография на мозък** или **56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя** (или **90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък**) е задължителна диагностична процедура - провежда се двукратно. Първата се провежда при приема на пациента, но не по-късно до първия час от приема. Втората се провежда по време на болничния престой и в срок според клиничните показания и преценка на лекуващия екип.

В случай, че КП № 51 се осъществява в едно и също лечебно заведение и там се провежда и тромболитично лечение и ендоваскуларно лечение - КП № 51.1 + КП № 51.2 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 **56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя** (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 56007-00 КТ на мозък с интравенозна контрастна материя 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).

Процедура с кодовете от блокове 1923 и 1924, се изследват до третия час от хоспитализацията.

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 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 - 6 часа (времеви стандарт) от началото на симптомите освен в случаите на голяма пенумбра, доказана с КАТ/МРТ.

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 (няма договор за КП № 51.1 и КП № 51.2) са задължени да извършат образно изследване (КТ или МРТ) до първия час на болничния прием, като насочват и осигуряват хоспитализация на пациентите, които имат индикации за тромболиза и/или тромбектомия/тромбаспирация към най-близкото лечебно заведение, което има договор по КП № 51.

В случаите, когато лечебното заведение има договор само за КП № 51.1 същото лечебно заведение 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 времевия стандарт.

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/дигитален носител 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. ОАИЛ/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 лечение на исхемичен мозъчен инсулт - остър стадий.
- Тромболитично лечение на исхемичен мозъчен инсулт - остър стадий (до четири и половина часа от възникване на инсульта).

Болните с исхемичен мозъчен инсулт се хоспитализират до четири и половина часа от възникване на инсульта за своевременно установяване вида на остро разстройство на мозъчното кръвообращение (ОРМК), за определяне на топичната и етиологичната диагноза чрез извършване на редица специализирани изследвания.

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;
- ☐ етиологията – етиологична диагноза;
- ☐ тежестта на мозъчния инсулт;
- ☐ придружаващите заболявания (сърдечно-съдови и други соматични);
- ☐ оценката на рисковите фактори.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ:

- ☐ исхемичен мозъчен инсулт (ИМИ) в голямомозъчните хемисфери:
 - лек (оценка по скалата Глазгоу-Лиеш 20 - 17 точки);
 - умерено тежък (оценка по скалата Глазгоу-Лиеш 16 - 12 точки);
 - тежък (оценка по скалата Глазгоу-Лиеш под 12 точки).

Оценката на тежестта на състоянието по скалите на GLASGOW - LIEGE и NIHSS задължително се отразява в “История на заболяването” на пациента и се регистрира при приемане, по време на лечението и при изписване.

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване на особеностите в протичане на болестта:

- ☐ ангиография - по показания;
- ☐ ехокардиография - по показания;
- ☐ МРТ – по показания.

Относителни контраиндикации – при болен с дълготрайни тежки соматични заболявания в терминално състояние и развил се мозъчен инсулт - по преценка на лекуващия екип.

ПРОТОКОЛ

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

Име:

ИЗ №: □□□□□

Телесно тегло:

RR:

Протокол (критерии) за провеждане на ендоваскуларно лечение, интраартериална тромболиза

ПОКАЗАНИЯ	ДА	НЕ
1. Искхемичен мозъчен инсулт до четири часа и половина след началото на симптоматиката.		
2. Неврологичен дефицит по скалата за оценка на мозъчните инсулти NIHSS до 22 точки		
3. Нормален КТ на главен мозък или белези на ранна исхемия, но с хиподензна зона, не по-голяма от 1/3 от мозъчната хемисфера.		
4. Възраст над 18 години		
5. 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, 4 и 5		

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ	ДА	НЕ
1. Пациенти, при които симптоматиката е повече от четири часа и половина		
2. Неврологичните белези не трябва да бъдат преходни или малки и изолирани - болни само с дистална моторна слабост, изолирана афазия, дизартрия, атаксия, хемипареза, епилептичен припадък с постиктална пареза - както и болни с оценка по NIHSS над 22 точки.		
3. Интракраниален кръвоизлив с различна локализация.		
4. Повишен риск от кръвене: • при систолично RR над 185 и диастолично над 110 мм Hg; • анамнеза за предишна интракраниална хеморагия; • известна хеморагична диатеза; • пациенти на антикоагулантно лечение с INR над 1.7; • прием на хепарин и удължено aPT или ДОАК; • тромбоцити под 100x10⁹/L; • прекарана травма на мозъка през последните 3 месеца, интракраниална неоплазия, АВ-малформация, аневризма; • хеморагична ретинопатия, например при диабет; • неконтролирана тежка хипертония; • 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. • кръвоизливи от гастроинтестиналния или уринарния тракт през последните 21 дни • данни за активно кръвене или остра травма (фрактура) • пункция на артериален съд през последните 7 дни		
5. Тежка черепно-мозъчна травма (фрактура или контузия на мозъка през последните три месеца)		
6. Кръвна захар под 2,7 ммол/л или над 21.2 ммол/л		
7. При деца, бременни и кърмещи		
8. Гърчове – постиктална резидуална неврологична симптоматика		
9. Миокарден инфаркт през последните 3 месеца		
10. Бактериален ендокардит, перикардит, остър панкреатит		
Пациентът има ли поне ЕДНО от горните противопоказания.		

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

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 кръвене е по-висок - оптимална преценка полза - риск.
- Пациенти с дългогодишна неконтролирана артериална хипертония, предсърдно мъждене или левкоенцефалопатия имат повишен риск от кръвене или смъртен изход.
- При оценка за повишен риск от кръвене лекуващият екип може да вземе решение за приложение на редуцирана доза тромболитик x 0.6mg/kg 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

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 лекувания 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 лекувания 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 инсульт с тромбоза” 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.

ПОДДЪРЖАНЕ НА АДЕКВАТНО КРЪВНО НАЛЯГАНЕ:

Увеличаване честотата на измерване на RR при систолично ≥ 180 mm Hg или диастолично налягане ≥ 105 mm Hg

УСЛОЖНЕНИЯ	ПОВЕДЕНИЕ ПРИ УСЛОЖНЕНИЕ
При развитие на тежко главоболие, остра хипертонична реакция, гадене, повръщане, влошаване на съзнанието и неврологичния статус.	Прекратете инфузията 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.

Флаконите, употребени при лечението трябва да се съхраняват в клиниката или в отделението 1 година, и подлежат на контрол при провеждане на одит от страна на ИЗОК.

Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона(ите).

ЛЕЧЕНИЕ С тъканен плазминогенен активатор сериен № на флакона
--

СКАЛА ЗА ОЦЕНКА НА КОМИ ПО GLASGOW – LIEGE

СИМПТОМИ	ОЦЕНКА	Начало	Предсрочно прекратяване	В края на процедурата	При дехоспитализацията
ОТВАРЯНЕ НА ОЧИ					
Спонтанно	4				
На повикване	3				
На болка	2				
Няма отговор	1				
СЛОВЕСЕН ОТГОВОР					
Ориентиран	5				
Объркан	4				
Неадекватен	3				
Неразбираем	2				
Няма отговор	1				
МОТОРЕН ОТГОВОР					
Подчинява се	6				
Локализира	5				
Отдръпва (оттегля)	4				
Абнормна флексия	3				
Абнормна екстензия	2				
Няма отговор	1				
МОЗЪЧНО-СТВОЛОВИ РЕФЛЕКСИ	5				
Фронт - орбикуларен					
Вертикален	4				
окулоцефален или					
окуловестибуларен	3				
Зенична реакция на светлина	2				
Хоризонтален					
окулоцефален или					
окуловестибуларен	1				
Окулокардиален	0				
Няма отговор					
ОБЩ СБОР:					

Време	Неврологична оценка по NIHSS
Начало	
Предсрочно прекратяване	
В края на процедурата	
При дехоспитализация	Час на контролната КТ на глава

National Institute of Health Stroke Scale - NIHSS

Инструкции за изследователя

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

Ако даден въпрос остане неизследван, е необходимо да се напише детайлно обяснение за това във формуляра.

Изчисление на резултата

При изчисление на общия резултат изключете от точка 7-а (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 неколkokратни 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, непроизтичащ от афазия, ще получат оценка 1. Важно е да бъде оценен само първоначалният отговор, а изследователят да не “помага” на пациента чрез вербални или невербални начини.	0 = правилно отговаря и на двата въпроса 1 = правилно отговаря на един въпрос 2 = неправилно отговаря и на двата въпроса	

1в. Команди при нарушение на съзнанието: Болният/а трябва (да бъде помолен) да отвори и затвори очите, а след това да стисне и отпусне непаретичната ръка. Възможно е заместване с друга едно-стъпкова команда, ако ръцете не могат да се използват. Кредит се дава при несъмнен опит за изпълнение, който поради слабост не може да бъде завършен. Ако болният не реагира на командата, задачата може да му бъде демонстрирана (с пантомима, жестове) и съответно да се оцени резултата (напр. не изпълнява, изпълнява една или две команди). Болните с травми, ампутации или други физически недъзи трябва да получат подходящи 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 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, предшестваша слепота или други нарушения на зрителната активност, или зрителните полета, трябва да се изследват чрез рефлексни движения или по избор на тест от изследователя. Ако установите очен контакт с пациента и след това се движите около него (от страна на страна), ще успеете да изясните наличието на парциална погледна пареза в някои случаи.	0 = няма погледни парези; нормални очни движения 1 = частична погледна пареза. Този резултат се дава при абнормен поглед с едното или двете очи, но при липса на спрегнато отклонение или тотална погледна парализа 2 = спрегнато отклонение или тотална погледна парализа, които не могат да бъдат преодоляни чрез окулоцефалните рефлексни похвати	

3. Зрителни нарушения/зрителни полета: Зрителните полета (горни и долни квадранти) се изследват чрез конфронтационен тест, съответно броене на пръсти или зрителна заплаха. Болният трябва да бъде окуражаван (да изпълни задачата), но ако гледа към страната на движещите се пръсти адекватно, това може да бъде оценено като нормален отговор. Ако има едностранна слепота или енуклеация, зрителните полета се тестват с другото око. 1 точка се дава само ако има ясна асиметрия, включително квадрантанопсия. При слепота, независимо по каква причина, се дават 3 точки. В тази част теста се извършва двустранно симултанно зрително стимулиране. При наличие на екстинция болният получава 1 точка и резултатите се използват за отговор при изследване № 11.	0 = без зрителни нарушения 1 = частична хемианопсия, (квадрантанопсия) 2 = пълна хемианопсия 3 = билатерална хемианопсия (слепота, вкл. корова слепота)	
4. Лицева пареза, лезия на VII ЧМН: Помолете пациента да покаже зъбите, да повдигне веждите и затвори очите или използвайте пантомима, за да окуражите болния за целта. При слабо реагиращи или трудно контактни болни отчетете симетричността на гримасата в отговор на болезнени стимули. Ако има някаква физическа бариера, която пречи на огледа на лицето (лицева травма / превръзки, ендотрахеална тръба, лейкопласт и 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 стимули (защитната реакция). Като абнормна се тества само сетивната увреда в резултат на инсулта, а изследователят трябва да изследва толкова зони (лицето, ръцете - а не дланите, тялото, краката) колкото е необходимо за определяне на нарушение по “хеми” тип. 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 ствол 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 1a = 3 т.) също произволно получават 2 точки при това изследване.	0 = нормални сетивни функции, липса на сетивни увреди 1 = лека до умерена сензорна увреда; пациентът усеща по-слабо или по-тъпо убожданията на засегнатата страна (хемихипестезия, хипалгезия); или има загуба на повърхностна болка при убождане, но болният съзнава, че е докосван. 2 = тежка или тотална сетивна увреда; болният не усеща, че е докосван по лицето, ръката или крака.	

9. Най-добро езиково представяне: (афазия) От предшестващите секции на изследването ще получите достатъчно информация относно възможностите на болния за езиково разбиране. Пациентът трябва да опише какво се случва на представената му картина, да назове предметите от приложения лист, както и да прочете изреченията от приложения списък. Отговорът трябва да е пълен. Болният трябва да назове всички предмети от листа за назоваване и да прочете всички фрази от двата отделни листа за четене. Разбирането се оценява въз основа на дадените тук отговори, както и от всички команди от предшестващото неврологично изследване. Ако някакво нарушение на зрението затруднява изпълнението на тестовете, помолете болния да идентифицира предмети, поставени в ръката му, както и да повтори или произведе реч. Интубираните болни трябва да бъдат помолени да пишат. Болните в кома (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.	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 (листовите 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); 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. Ако болният има афазия, но обръща еднакво внимание на стимули от двете страни, резултатът от теста е нормален. Наличието на зрително-пространствено игнориране или анозогнозия също е доказателство на абнормност. Тъй като абнормното нарушение се оценява само ако го има, тази точка от скалата винаги може да се изследва.	0 = без абнормности 1 = зрително, тактилно, слухово, пространствено или персонално (соматично) невнимание; или екстинция при билатерални симултанни стимули за една от сензорните модалности. 2 = изразено хеми-невнимание или хеми-игнориране за повече от една сензорна модалност. Не разпознава собствената си ръка или се ориентира само по отношение на едната страна на пространството.	
---	---	--

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;
- стационариране 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 в епикризата) и рехабилитация (двигателна и говорна) в домашни условия, болници за 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 извършат по витални индикации въз основа на преценка от мултидисциплинарния екип, като това се отрази стриктно в медицинската документация.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

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

Сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата съвременност мозъчно-съдовите нарушения заемат основно място. Тяхното първостепенно медико-социално значение е резултат както от високата заболяемост и леталитет, така и от тежката инвалидизация на част от преживелите мозъчен инсулт болни.

Рисковите фактори, които довеждат до мозъчни инсулти, са: артериалната хипертония; генерализираната атеросклероза; диабетът; сърдечните пороци; сърдечните аритмии; кръвните заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене - наднормено тегло, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти, стресови състояния и др.

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

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

21.2. Клинична пътека № 51.2 „Диагностика и лечение на мозъчен инсулт с интервенционално лечение“:

След таблица „Основни кодове на процедури“ съдържанието на клиничната пътека се изменя така:

„Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични (минимум една задължително интервенционална с катетеризация) и две основни терапевтични процедури, от които едната е задължително интервенционална - 35412-00 или 35321-02 или - 35309-06 или 35309-07 или 35307-00 или 35307-01 от посочените в таблица Кодове на основни процедури.

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

Процедура **56001-00 Компютърна томография на мозък** или **56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя (90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък)** е задължителна диагностична процедура. Провежда се двукратно - 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.

Първата процедура може да се проведе в друго лечебно заведение, което диагностицира и насочва пациента за ендоваскуларно лечение по спешност. В този случай изследването от насочващото лечебно заведение трябва да съпровожда пациента.

В случай, че КП № 51 се осъществява в едно и също лечебно заведение и там се провежда и тромболитично лечение и ендоваскуларно лечение - КП № 51.1 + КП № 51.2 КАТ на глава (МРТ на глава) се провежда в началото на инсульта - при приема на пациента и втората по време на болничния престой и в срок според клиничните показания и преценка на лекуващия екип.

Кодовите от блокове 1923 и 1924 се изследват до третия час от хоспитализацията. 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 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.

Тромболиза и механична тромбектомия/тромбаспирация се извършват до 4.5 - 6 часа (времеви стандарт) от началото на симптомите освен в случаите на голяма пенумбра, доказана с КАТ/МРТ.

Клинична пътека № 51.2 може да се изпълнява след осъществяване на тромболиза или без предходна тромболиза (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) до първия час на болничния прием, като насочват и осигуряват хоспитализация на пациентите, които имат индикации за тромболиза и/или тромбектомия/тромбаспирация към най-близкото лечебно заведение, което има договор по КП № 51.

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 времеви стандарт.

В случаите, при които се извършва тромболиза с последваща тромбектомия/тромбаспирация, КП № 51 се отчита с кодовете за тромболиза **96199-01 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен агент** и задължителна терапевтична процедура 35309-06, 35309-07, 35307-00 или 35307-01.

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 трето ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Неврохирургия“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неврохирургия“, от обхвата на медицинската специалност „Образна диагностика“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

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

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по нервни болести - III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Нервни болести“.
2. Клиника/отделение по неврохирургия - III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Неврохирургия“.
Клиника/отделение по образна диагностика - III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Образна Диагностика“.
3. Клиника/отделение по интензивно лечение - III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“.
4. Клинична лаборатория, III-то ниво на компетентност;
5. Ангиографска зала с ангиографска апаратура с денонощен екип 24/7 и апаратура за видеонаблюдение;
6. КТ, КТ дифузия/перфузия, КТ мулти-слайс (спирален скенер).
7. Специализирано невросонологично оборудване от III-то ниво на компетентност (цветен дуплекс сонограф с възможност за мултимодално доплерово мониториране) и най-малко двама лекари с придобита квалификация по невросонология;
8. МРТ с възможност за дифузия, перфузия и магнитно-резонансна ангиография
9. Неврохирургична операционна и неврохирургичен екип на повикване при усложнения на разположение 24/7
5. Образна диагностика - КТ или МРТ в режим на непрекъснатост.

ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ЗАДЪЛЖИТЕЛНАТА АПАРАТУРА

1. Компютърна томография (КТ) с квалифициран екип
2. Магнитно резонансна томография (МРТ)
3. Конвенционална ангиография, необходима за интервенционално лечение
4. Ултразвукова диагностика на екстракраниални съдове посредством дуплекс сонограф, съгласно стандарт „Нервни болести“
5. Осигуреност с консумативи и медицински изделия

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

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

1. Началник клиника/отделение - лекар-хабилитирано лице с призната специалност по нервни болести, с опит в диагностицирането и лечението на мозъчно-съдовите заболявания най-малко 5 години, след придобиване на специалност. Необходимо е да бъде на разположение 24/7.

2. Невролог - лекари със специалност по нервни болести, като един от тях е с невроинтервенционален профил, на разположение 24/7, притежаващ международни и/или български сертификати (последните са издадени от Ректор на медицински университет), удостоверяващи обучението по интервенционално лечение на мозъчен инсулт или поне двама имат документирано проведени самостоятелни минимум 30 диагностични мозъчни ангиографии, 20 стентирания на каротидни булбове и клонове на аортна дъга и 10 терапевтични неврорентгенологични интервенции под контрола на сертифициран специалист с устойчиво добра резултатност
и/или

Лекари със специалност по образна диагностика, от които задължително един на разположение 24/7, притежаващ международни и/или български сертификати (последните са издадени от Ректор на медицински университет), удостоверяващи обучението по интервенционално лечение на мозъчен инсулт или поне двама имат документирано проведени самостоятелни минимум 30 диагностични мозъчни ангиографии, 20 стентирания на каротидни булбове и клонове на аортна дъга и 10 терапевтични неврорентгенологични интервенции под контрола на сертифициран специалист с устойчиво добра резултатност и минимум един лекар с клиничен стаж и специалност по нервни болести;

и/или

Лекари със специалност по неврохирургия, съгласно медицински стандарт по „Неврохирургия“, като задължително един от тях е на разположение 24/7, притежаващ международни и/или български сертификати (последните са издадени от Ректор на медицински университет), удостоверяващи обучението по интервенционално лечение на мозъчен инсулт или поне двама имат документирано проведени самостоятелни минимум 30 диагностични мозъчни ангиографии, 20 стентирания на каротидни булбове и клонове на аортна дъга и 10 терапевтични неврорентгенологични интервенции под контрола на сертифициран специалист с устойчиво добра резултатност и минимум един лекар с клиничен стаж и специалност по нервни болести;

3. Специалист по анестезиология и интензивно лечение;

4. Специалист по клинична лаборатория.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Исхемичен мозъчен инсулт - остър стадий.

Механична тромбаспирация и/или тромбектомия и интраартериална тромболиза се провежда до 6-я час от началото на исхемичния мозъчен инсулт освен в случаите на голяма пенумбра, доказана с КАТ/МРТ.

1.2. Индикации за механична тромбаспирация/тромбектомия

1.2.1 Индикации за механична тромбаспирация/тромбектомия (без предшестваща интравенозна) тромболиза може да се проведе при следните условия:

Остър ИМИ в рамките след 4-ти час и половина от началото на КТ/МРТ ангиографски данни за симптоматична тромбоза на вътрешна каротидна артерия, М1 или проксимален М2 сегмент на СМА, базиларна артерия.

Контраиндикации за провеждане на интравенозна тромболиза (напр. повишени стойности на INR).

1.2.2 Индикации за механична тромбаспирация/тромбектомия (след предшестваща интравенозна) тромболиза може да се проведе при следните условия:

Липса на подобрение или влошаване след провеждане на интравенозна тромболиза при липса на кървене.

Липса на реканализация или ранна реоклузия след провеждане на интравенозна тромболиза.

При КТ/МРТ ангиографски данни за симптоматична тромбоза на вътрешна каротидна артерия, М1 или проксимален М2 сегменти на СМА, базиларна артерия.

Механична тромбектомия се препоръчва за избрани пациенти и след 6-ия час от началото на симптоматиката (до 16 часа-АНА/ASA, 6-24 часа-SNIS), които имат оклузия на голям съд от предното кръвообращение и отговарят на останалите критерии за допустимост от DAWN или DEFUSE 3.

За постигане на добър клиничен резултат до 6 часа след инсульта при подходящи болни се използва и интраартериална фибринолиза.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Решението за невроинтервенционално лечение се взема от ръководителя на мултидисциплинарния екип, невролог със сертификат за ендоваскуларна диагностика и лечение, специалист по образна диагностика, неврохирург и анестезиолог.

Мултидисциплинарният екип може да бъде структуриран и по следния начин: ръководител на мултидисциплинарния екип, невролог, неврохирург, специалист по образна диагностика с инвазивна и интервенционална правоспособност и анестезиолог

или

ръководител на мултидисциплинарния екип, невролог, специалист по образна диагностика, анестезиолог и неврохирург с инвазивна и интервенционална правоспособност.

Осъществява се незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план. След получаване на информирано съгласие от пациента или негов упълномощен представител се провежда интервенционалното лечение при остър инсулт.

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 се отрази стриктно в медицинската документация.

Протокол (критерии) за провеждане на ендоваскуларно лечение, интраартериална тромболиза

ПОКАЗАНИЯ	ДА	НЕ
1. Ишемичен мозъчен инсулт до шест часа след началото на симптоматиката.		
2. Неврологичен дефицит по скалата за оценка на мозъчните инсулти NIHSS по-голямо или равно на 6 точки		
3. Нормална КТ на главен мозък или белези на ранна исхемия, но с хиподензна зона, не по-голяма от 1/3 от мозъчната хемисфера.		
4. ASPECTS оценка по-голяма или равна на 6 точки		
5. Модифицирана скала на Rankin - до 4 точки		
6. Възраст над 18 г.		
7. Пациентът и/или близките му да бъдат информирани за процедурата и да подпишат информирано съгласие		
Пациентът има всички показания		

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ	ДА	НЕ
1. Пациенти, при които симптоматиката е повече от 6 часа и ASPECTS оценка под 6 точки		
3. Хиподензна зона, по-голяма от 1/3 от басейна на средна мозъчна артерия.		
4. Интракраниален кръвоизлив с различна локализация.		
Пациентът има ли поне ЕДНО от горните противопоказания.		

Оценката на тежестта на състоянието по скалите на GLASGOW - LIEGE и NIHSS задължително се отразява в "История на заболяването" на пациента и се регистрира при приемане, по време на лечението и при изписване.

СКАЛА ЗА ОЦЕНКА НА КОМА ПО GLASGOW - LIEGE

СИМПТОМИ	ОЦЕНКА	Начало	Предсрочно прекратяване	В края на процедурата	При дехоспитализацията
ОТВАРЯНЕ НА ОЧИ	4				
Спонтанно	3				
На повикване	2				
На болка	1				
Няма отговор					
СЛОВЕСЕН ОТГОВОР	5				
Ориентиран	4				
Объркан	3				
Неадекватен	2				
Неразбираем	1				
Няма отговор					
МОТОРЕН ОТГОВОР	6				
Подчинява се	5				
Локализира	4				
Отдръпва	3				
(оттегля)	2				
Абнормна флексия	1				
Абнормна екстензия					
Няма отговор					
МОЗЪЧНО-СТВОЛОВИ РЕФЛЕКСИ	5				
Фронтален - орбикуларен	4				
Вертикален окулоцефален или	3				
окуловестибуларен	2				
Зенична реакция на светлина	1				
Хоризонтален окулоцефален или	0				
окуловестибуларен					
Окулокардиален					
Няма отговор					
ОБЩ СБОР:					

Време	Неврологична оценка по NIHSS
Начало	
Предсрочно прекратяване	
В края на процедурата	
При дехоспитализация	
	Час на контролната КТ на глава

National Institute of Health Stroke Scale - NIHSS

Инструкции за попълване

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

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 неколkokратни стимулации; или болният е в сопор и изисква силни или болезнени стимули, за да направи някакви движения (не стереотипни). 3 = реагира само с рефлексни моторни или автономни отговори, или е напълно нереагиращ, отпуснат (вял) и в състояние на арефлексия (кома).	
1б. Въпроси при нарушение на съзнанието: На болния/та се задава въпрос за това, кой е текущия месец и каква е неговата/нейната възраст. Отговорът трябва да бъде точен – не се дава частичен кредит за приблизителен отговор. Болните с афазия и сопор, които не разбират въпросите, ще получат 2 точки. Болните, които не могат да говорят, поради ендотрахеална интубация, оротрахеална травма, тежка дизартрия от някаква причина, езикова бариера или друг проблем,	0 = правилно отговаря и на двата въпроса 1 = правилно отговаря на един въпрос 2 = неправилно отговаря и на двата въпроса	

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
непроизтичащ от афазия, ще получат оценка 1. Важно е да бъде оценен само първоначалният отговор, а изследователят да не “помага” на пациента чрез вербални или невербални начини.		
1в. Команди при нарушение на съзнанието: Болният/а трябва (да бъде помолен) да отвори и затвори очите, а след това да стисне и отпусне непаретичната ръка. Възможно е заместване с друга едно-стъпкова команда ако ръцете не могат да се използват. Кредит се дава при несъмнен опит за изпълнение, който поради слабост не може да бъде завършен. Ако болният не реагира на командата, задачата може да му бъде демонстрирана (с пантомима, жестове) и съответно да се оцени резултата (напр. не изпълнява, изпълнява една или две команди). Болните с травми, ампутации или други физически недъзи трябва да получат подходящи едно-стъпкови команди. Оценява се само първият опит.	0 = изпълнява правилно и двете команди 1 = изпълнява правилно само една команда 2 = не изпълнява правилно и двете команди	
2. Очни движения/погледни парези: Изследват се само хоризонталните погледни движения. Ще се точкуват волевите или 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, предшествваща слепота или други нарушения на зрителната активност, или зрителните полета, трябва да се изследват чрез рефлексни движения, или по избор на тест от изследователя. Ако установите очен контакт с пациента и след това се движите около него (от страна на страна), ще успеете да изясните наличието на парциална погледна пареза в някои случаи.	0 = няма погледни парези; нормални очни движения 1 = частична погледна пареза. Този резултат се дава при абнормен поглед с едното или двете очи, но при липса на спрегнато отклонение или тотална погледна парализа 2 = спрегнато отклонение или тотална погледна парализа, които не могат да бъдат преодоляни чрез окулоцефалните рефлексни похвати	

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
3. Зрителни нарушения/зрителни полета: Зрителните полета (горни и долни квадранти) се изследват чрез конфронтационен тест, съответно броене на пръсти или зрителна заплаха. Болният трябва да бъде окуражаван (да изпълни задачата), но ако гледа към страната на движещите се пръсти адекватно, това може да бъде оценено като нормален отговор. Ако има едностранна слепота или енуклеация, зрителните полета се тестват с другото око. 1 точка се дава само ако има ясна асиметрия, включително квадрантанопсия. При слепота, независимо по каква причина, се дават 3 точки. В тази част теста се извършва двустранно симултанно зрително стимулиране. При наличие на екстинция болният получава 1 точка и резултатите се използват за отговор при изследване № 11.	0 = без зрителни нарушения 1 = частична хемианопсия, (квадрантанопсия) 2 = пълна хемианопсия 3 = билатерална хемианопсия (слепота, вкл. корова слепота)	
4. Лицева пареза, лезия на VII ЧМН: Помолете пациента да покаже зъбите, да повдигне веждите и затвори очите, или използвайте пантомима за да окуражите болния за целта. При слабо реагиращи или трудно контактни болни, отчетете симетричността на гримасата в отговор на болезнени стимули. Ако има някаква физическа бариера, която пречи на огледа на лицето (лицева травма / превръзки, ендотрахеална тръба, лейкопласт и 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	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.	Л..... Д.....

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
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.	3 = няма съпротива срещу гравитацията, крайникът пада. 4 = няма (невъзможно е) движение 9 = ампутация, ставна контрактура, обяснение:	
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 колянo-стъпалната 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 дясната 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	
8. Сетивност: Изследва се сетивният усет или гримасите при убождания с игла. При болни с количествени нарушения на съзнанието, сопор или афазия, се оценява отдръпването след болкови стимули (защитната реакция). Като абнормна се тества само сетивната	0 = нормални сетивни функции, липса на сетивни увреди 1 = лека до умерена сензорна увреда; пациентът усеща по-слабо или потъпо убожданията на засегнатата	

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
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 стволлов инсулт, които имат билатерална сетивна увреда трябва да получат оценка от 2 точки. Ако болният не реагира и е квадриплегичен – резултатът му ще бъде 2 точки. Пациентите в кома (при тест 1a = 3 т.) също произволно получават 2 точки при това изследване.	страна (хемипарезия, 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 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	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 речевни способности и/или разбиране, правят разговора по предоставения материал (листове с картинки) труден или невъзможен. Например, изследователят може да идентифицира дадена картина или наименован обект от отговорите на пациента, при разговор по предоставения материал. 2 = тежка афазия; цялата комуникация е накъсана (фрагментирана експресия); съществува голяма необходимост от намеса, запитване и отгатване от страна на слушащия. Размерът на обменената информация е значително ограничен; слушащият понася тежестта на комуникацията. От отговорите на болния не може да се идентифицират предоставените предмети и картини. 3 = мутизъм, глобална афазия; няма използвани артикулационна реч или	

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
точки трябва да се използва само ако болният е ням и не изпълнява нито една едно-стъпкова команда.	слухово разбиране.	
10. Дизартрия: Ако се смята, че болният е нормален, характерът на речта му трябва да се оцени чрез поканата 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. Ако болният има афазия, но обръща еднакво внимание на стимули от двете страни, резултатът от теста е нормален. Наличието на зрително-пространствено игнориране или анозогнозия също е доказателство на абнормност. Тъй като абнормното нарушение се оценява само ако го има, тази точка от скалата винаги може да се изследва.	0 = без абнормности 1 = зрително, тактилно, слухово, пространствено или персонално (соматично) невнимание; или екстинция при билатерални симултанни стимули за една от сензорните модалности. 2 = изразено хеми-невнимание или хеми-игнориране за повече от една сензорна модалност. Не разпознава собствената си ръка или се ориентира само по отношение на едната страна на пространството.	

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 едно или повече от следните условия:

- установяване на топичната диагноза – чрез КТ/МРТ;
- проведена тромбектомия/тромбаспирация или интраартериална 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 в епикриза) и рехабилитация (двигателна и говорна) в домашни условия, болници за долекуване или хосписи под контрола на ОПЛ и специалиста невролог според състоянието и потребностите им.

Катетеризационният протокол от извършеното ендоваскуларно лечение изследване се подписва от специалиста, осъществил интервенционалната процедура; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършените ангиографски, инвазивни и/или интервенционални процедури се записват на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

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.

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

РЗОК №.

здравен район

ЕГН (ЛНЧ) на пациента

ПАЦИЕНТ

Пол

М/ж

Идентификационен номер

код на държава

ЕГН

ЛНЧ

дата на раждане

ССН

гражданин на ЕС

(или по двустранни спогодби)

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с)

УЛ.....№.....

ж.к.бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

РЗОК №.

здравен район

регистрационен номер на лечебното заведение

договор с НЗОК

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

име на лечебното заведение

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека

Амбулаторна процедура

Клинична процедура

№.

№.

№.

Диагноза:

МКБ10

дата на приемане:

ИЗ:

ден

месец

година

номер

година

дата на операцията:

Пациент:

ден

месец

година

(подпис)

КОД НЗОК	Код процедура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупване от ЛЗ

дата на изписване:		
ден	месец	година
Директор на лечебното заведение: подпис и печат на лечебното заведение		Лекар, вложил МИ: фамилия, 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.“