



ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

П Р И К А З

10.02.2017

№ 79

**О дальнейшем совершенствовании
организации оказания медицинской
помощи больным с острыми
нарушениями мозгового кровообращения
в медицинских организациях
государственной системы
здравоохранения города Москвы**

В целях дальнейшего совершенствования организации оказания неотложной неврологической помощи жителям города Москвы в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:
 - 1.1. Регламент оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы (приложение 1).
 - 1.2. Перечень медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, включенных в «Инсультную сеть» (приложение 2).
 - 1.3. Шкалу догоспитальной оценки тяжести инсульта (LAMS) (приложение 3).
 - 1.4. Шкалу оценки ранних признаков инфаркта головного мозга для врачей рентгенологов медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы (шкала ASPECTS) (приложение 4).
2. Руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы (в соответствии с приложением 2):
 - 2.1. Руководствоваться утвержденным Регламентом оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (приложение 1).
 - 2.2. Обеспечить участие врачей-неврологов, врачей-анестезиологов-реаниматологов отделений для лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, врачей по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению, врачей-рентгенологов в образовательных мероприятиях, проводимых


главными внештатными специалистами по неврологии, лучевой диагностике, рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению.

2.3. Организовать направление главному внештатному специалисту-неврологу Департамента здравоохранения города Москвы Н.А.Шамалову ежедневных и ежемесячных отчетов в соответствии с утвержденным Регламентом.

3. Главному врачу Государственного бюджетного учреждения города Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи имени А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы Н.Ф. Плаунову учесть настоящий приказ в оперативной работе.

4. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Е.Ю. Хавкину.

**Министр Правительства Москвы,
руководитель Департамента
здравоохранения города Москвы**



А.И. Хрипун

Регламент оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы

1. Оказание медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения на догоспитальном этапе выездными бригадами службы скорой медицинской помощи

1.1. Медицинская помощь на догоспитальном этапе бригадой службы скорой медицинской помощи оказывается в соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 15 июля 2016 г. № 625 «Об утверждении четвертого издания Алгоритмов оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим бригадами службы скорой медицинской помощи города Москвы».

1.2. С целью выявления пациентов с предполагаемой окклюзией крупной церебральной артерии и последующей медицинской эвакуации в специализированный стационар «Инсультной сети» в дополнение к алгоритму оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе необходимо выполнить следующие действия:

- определить точное время начала заболевания (появление первых симптомов) или время последнего контакта с пациентом, если точное время начала заболевания неизвестно;

- оценить уровень сознания;

- оценить выраженность неврологического дефицита на основании догоспитальной шкалы оценки выраженности неврологического дефицита по Лос-Анджелесской шкале моторного дефицита (далее - LAMS). При угнетении уровня сознания до сопора или комы, балл по шкале LAMS не определяется. Вместо этого указывается степень угнетения сознания (сопор или кома);

- обеспечить сортировку на основании шкалы LAMS; уровня сознания; времени от начала заболевания до осмотра бригадой СМП:

а) при сумме баллов по шкале LAMS ≥ 4 и времени от начала заболевания до осмотра бригадой СМП не превышающем 4 часов – медицинская эвакуация осуществляется в специализированный стационар, включенный в «Инсультную сеть»;

б) при сумме баллов по шкале LAMS < 4 , или если отмечается угнетение сознания до сопора или комы или время от заболевания до осмотра бригадой СМП превышает 4 часа – медицинская эвакуация осуществляется в ближайший стационар с отделением для лечения больных с ОНМК - обеспечить максимально быструю медицинскую эвакуацию с учетом произведенной сортировки;

- оповестить стационар с указанием времени начала заболевания, уровня сознания и выраженности неврологического дефицита по шкале LAMS в системе электронного взаимодействия АС «Стационар».

1.3. В случае медицинской эвакуации пациента с клиникой ОНМК в стационар «Инсультной сети» (приложение 2) пациент должен быть доставлен в кабинет компьютерной томографии (далее - КТ) или магнитно-резонансной томографии (далее

- МРТ), минуя приемное отделение, с последующей передачей дежурному врачу неврологу или врачу палаты/отделения реанимации и интенсивной терапии для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (далее – ПИТ/ОРИТ ОНМК)

2. Оказание медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в стационарах, включенных в «Инсультную сеть»

2.1. Пациент с признаками ОНМК доставляется бригадой скорой медицинской помощи непосредственно в кабинет КТ (МРТ) медицинской организации (приложение 2), минуя приемное отделение, где передается дежурному врачу неврологии или врачу ПИТ/ОРИТ ОНМК до проведения исследования.

2.2. Дежурный врач невролог или врач ПИТ/ОРИТ ОНМК оценивает состояние жизненно важных функций организма больного, общее состояние больного, неврологический статус (в том числе с оценкой балла по шкале инсульта NIH, анамнестически по модифицированной шкале Рэнкина до настоящего инсульта), по медицинским показаниям проводит мероприятия, направленные на восстановление нарушенных жизненно важных функций организма больного с признаками ОНМК, организует забор крови, принимает решение о выполнении нейровизуализации.

2.3. Врач-рентгенолог обеспечивает выполнение нейровизуализации (КТ или МРТ) всем пациентам с признаками ОНМК при поступлении.

2.4. Пациентам с ОНМК по ишемическому типу, госпитализированным в первые 6 часов от начала заболевания, врач-рентгенолог проводит оценку данных нейровизуализации с расчетом балла по шкале ASPECTS (приложение 4). При балле по шкале ASPECTS ≥ 6 , врач-рентгенолог обеспечивает выполнение исследования сосудов головного мозга (КТ-ангиография (от дуги аорты) или МР-ангиография). В связи с тем, что острое нарушение мозгового кровообращения является ургентным состоянием, при отсутствии анамнестических данных за острую почечную недостаточность или хроническую почечную недостаточность в стадии декомпенсации, ожидание результатов содержания мочевины и креатинина в сыворотке крови перед применением контрастного препарата не требуется.

2.5. После выполнения нейровизуализации и КТ- или МР-ангиографии дежурный врач-невролог или врач ПИТ/ОРИТ ОНМК оценивает соответствие пациента следующим критериям отбора для проведения эндоваскулярного вмешательства:

а) сумма баллов по модифицированной шкале Рэнкина до настоящего инсульта 0-1;

б) инфаркт-связанная окклюзия внутренней сонной артерии или проксимальных отделов средней мозговой артерии (M1 сегмент);

в) возраст ≥ 18 лет;

г) количество баллов по шкале ASPECTS ≥ 6 ;

д) начало эндоваскулярного лечения не позднее 6 часов от развития симптомов.

2.6. Если пациент соответствует критериям отбора для эндоваскулярного лечения – дежурный врач-невролог или врач ПИТ/ОРИТ ОНМК оповещает дежурного врача рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения (РЭМДиЛ) и обеспечивает экстренную транспортировку пациента непосредственно в отделение РЭМДиЛ, минуя ПИТ/ОРИТ ОНМК.

2.7. В случае выявления окклюзии M2 или M3 сегментов средней мозговой артерии, передних мозговых артерий, позвоночных артерий, основной артерии или

задних мозговых артерий, возможность эндоваскулярного лечения должна рассматриваться консилиумом врачей-специалистов после всесторонней оценки соотношения риска/пользы. Время от начала заболевания до вмешательства (пункции артерии доступа) не должно превышать 6 часов.

2.8. При отсутствии противопоказаний к проведению системной тромболитической терапии, начало таковой возможно в кабинете КТ. Показания/противопоказания для проведения системной тромболитической терапии оцениваются дежурным врачом неврологом или врачом ПИТ/ОРИТ ОНМК. При необходимости выполнения КТ-ангиографии рекомендуется придерживаться следующей последовательности:

- болюсное введение 10% от суммарной расчетной дозы альтеплазы;
- выполнение КТ- или МР-ангиографии;
- начало инфузии 90% суммарной расчетной дозы альтеплазы (сразу после окончания сканирования).

Инфузия альтеплазы проводится в течение последующей транспортировки пациента в отделение РЭМДиЛ и продолжается одновременно с процедурой эндоваскулярной тромбэкстракции. Начало эндоваскулярного вмешательства не должно быть отсрочено ожиданием эффекта от системной тромболитической терапии.

При возникновении любых технических сложностей проведения КТ-ангиографии (трудности установки внутривенного периферического катетера с большим просветом, отсутствие качественной визуализации из-за психомоторного возбуждения пациента и др.), от проведения неинвазивной ангиографии следует воздержаться в пользу скорейшего начала системного тромболитического при наличии показаний. При выполнении только МРТ-исследования, системная ТЛТ начата после завершения исследования. Основанием для допуска персонала в кабинет МРТ является предварительный плановый инструктаж по технике безопасности МРТ. Допуск в процедурную МРТ возможен только в сопровождении рентгенолаборанта, медсестры или врача-рентгенолога кабинета МРТ.

2.9. При проведении эндоваскулярного лечения ишемического инсульта врачам РЭМДиЛ следует использовать стент-ретриверы, тромбаспирацию при помощи аспирационных катетеров с широким просветом или сочетание этих методов.

2.10. Через 24 часа после эндоваскулярного лечения врач ПИТ/ОРИТ ОНМК обеспечивает выполнение повторной нейровизуализации (КТ или МРТ) с целью оценки динамики очага поражения головного мозга, выявления возможных геморрагических осложнений.

2.11. Руководителям структурных подразделений (отделений рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения; отделений лучевой диагностики):

- обеспечить незамедлительный прием пациентов с ОНМК, доставленных выездной бригадой скорой медицинской помощи, минуя приемное отделение, в кабинете КТ или МРТ;

- обеспечить сохранение в архиве соответствующих подразделений изображений и ангиосцен (ангиограмм) пациентов с проведенным эндоваскулярным вмешательством в формате DICOM для представления главному внештатному специалисту неврологу Департамента здравоохранения города Москвы.

Форма ежедневного отчета по больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения для стационаров государственной системы здравоохранения города Москвы

1. Дата поступления в стационар (дд.мм.гггг).
2. Номер медицинской карты стационарного больного.
3. Дата рождения, возраст (полных лет).
4. Пол: 1 - мужской. 2 – женский.
5. Диагноз: 1 - субарахноидальное кровоизлияние (I60); 2 - внутримозговое кровоизлияние (I61); 3 – Другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние (I62); 4 - ишемический инсульт (I63); 5 - транзиторная ишемическая атака (G45-46); 6 - ОНМК неуточненное (I64); 7 - тромбоз внутричерепной венозной системы (I67.6)
6. Балл по NIHSS при поступлении.
7. Пациент направлен: 1 - ПИТ/ОРИТ ОНМК, 2 - неврологическое отделение ОНМК, 3 - неврологическое отделение общее, 4 - ОРИТ другое, 5 - другое отделение (не ОРИТ), 6 - не госпитализирован (указать причину).
8. Повторное ОНМК: 1 - нет; 2 – да.
9. Время от начала заболевания до поступления: 1 - до 4,5 часов; 2 - от 4,5 до 6 часов.
10. Канал госпитализации: 1 - СМП; 2 - самотек; 3 - перевод из отделений стационара (внутрибольничный инсульт); 4 -перевод из другой медицинской организации; 5 - добровольное медицинское страхование.
11. Время от начала заболевания до вызова бригады 103 (минуты).
12. Время «103-стационар» (минуты).
13. Выполнена системная тромболитическая терапия (ТЛТ) (для больных с ишемическим инсультом (ИИ), поступивших в первые 4,5 часа от начала заболевания): 1 - нет, 2 – да.
14. Если системная ТЛТ не проводилась, указать конкретные причины (для больных с ИИ, поступивших в первые 4,5 часа).
15. Если выполнялась системная ТЛТ, указать время «от двери до иглы» (минуты).
16. Если время «от двери до иглы» при проведении ТЛТ более 60 минут, указать причину
17. Выполнено экстренное эндоваскулярное вмешательство (для больных с ИИ):
 - 17.1 - нет;
 - 17.2 - тромбэкстракция стентретривером;
 - 17.3 - тромбоаспирация;
 - 17.4 - стентретривер+тромбоаспирация;
 - 17.5 - тромбэкстракция/тромбоаспирация + селективный тромболизис;
 - 17.6 - только селективный тромболизис.
18. Если экстренное эндоваскулярное вмешательство не проводилось, указать причину (для больных с ИИ).
19. Если экстренное эндоваскулярное вмешательство проводилось, указать время от поступления до пункции артерии доступа (минуты).
20. Если экстренное эндоваскулярное вмешательство проводилось, указать время от пункции артерии доступа до реканализации, (если реканализация была достигнута) (минуты).

21. Если экстренное эндоваскулярное вмешательство проводилось, указать степень достигнутой реканализации по шкале mTICI.

Комментарии к форме ежедневного отчета по больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения для стационаров государственной системы здравоохранения города Москвы:

В форму ежедневного отчета вводятся данные о пациентах со всеми типами ОНМК (коды по МКБ-10: I60-I64, I67.6, G45-G46), поступивших в первые 6 часов от начала развития заболевания в медицинскую организацию (далее – МО) до 06.00 утра за предшествующие отчетные сутки (таким образом, вносятся данные о пациентах, поступивших в МО с 06.00 отчетного дня до 06.00 дня, следующего за отчетным).

Форма отправляется в ОМО по неврологии в формате Excel ежедневно не позднее 12.00 по адресу ShamalovNA@zdrav.mos.ru

Название файла ежедневного отчета должно выглядеть следующим образом: «ГКБ №_ЕД_дата (в формате чч.мм.гг.), например: «ГКБ № 31_ЕД_01.06.16». Если не было поступлений в первые 6 часов, необходимо отправить электронное письмо из МО с указанием отсутствия поступлений данной категории больных.

Информация о больных в мониторинге ЕД подается нарастающим итогом в течение отчетного месяца (каждый последующий файл с ежедневным отчетом содержит информацию о всех пациентах, поступивших в предшествующие отчетному дни).

Форма ежемесячного отчета по больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения для стационаров государственной системы здравоохранения города Москвы

1. Дата поступления в стационар (дд.мм.гггг).
2. Номер медкарты стационарного больного.
3. Возраст, дата рождения.
4. Пол: 1-мужской. 2-женский.
5. Диагноз: 1 - субарахноидальное кровоизлияние (I60); 2 - внутримозговое кровоизлияние (I61); 3 - Другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние (I62); 4 - ишемический инсульт (I63); 5 - транзиторная ишемическая атака (G45-46); 6 - ОНМК неуточненное (I64); 7 - тромбоз внутричерепной венозной системы (I67.6).
6. Балл по NIHSS при поступлении.
7. Пациент направлен: 1 - ПИТ/ОРИТ ОНМК, 2 - неврологическое отделение ОНМК, 3 - неврологическое отделение общее, 4 - ОРИТ другое, 5 - другое отделение (не ОРИТ), 6 - не госпитализирован (указать причину).
8. Повторное ОНМК: 1 - нет; 2 – да.
9. Время от начала заболевания до поступления: 1 - до 4,5 часов; 2 - от 4,5 до 6 часов; 3 - от 6 до 24 часов; 4 - более 24 часов; 5 - инсульт после сна; 6 - неизвестно (за исключением инсульта после сна).
10. Канал госпитализации: 1 - бригада 103; 2 - самотек; 3 - перевод из отделений стационара (внутрибольничный инсульт); 4 - перевод из другой медицинской организации; 5 - добровольное медицинское страхование.
11. Время от начала заболевания до вызова бригады 103 (минуты).
12. Время «103-стационар» (минуты).
13. Выполнена системная тромболитическая терапия (ТЛТ) (для больных с ишемическим инсультом (ИИ), поступивших в первые 4,5 часа от начала заболевания): 1 - нет, 2 – да.

14. Если системная ТЛТ не проводилась, указать конкретные причины (для больных с ИИ, поступивших в первые 4,5 часа).
15. Если выполнялась системная ТЛТ, указать время «от двери до иглы», минуты.
16. Если время «от двери до иглы» при проведении ТЛТ более 60 минут, указать причину.
17. Выполнено экстренное эндоваскулярное вмешательство (для больных с ИИ):
 - 17.1. нет;
 - 17.2. тромбэкстракция стентретривером;
 - 17.3. тромбоаспирация;
 - 17.4. стентретривер+тромбоаспирация;
 - 17.5. тромбэкстракция/тромбоаспирация + селективный тромболизис
 - 17.6. только селективный тромболизис.
18. Если экстренное эндоваскулярное вмешательство не проводилось, указать причину (для больных с ИИ).
19. Если экстренное эндоваскулярное вмешательство проводилось, указать время от поступления до пункции артерии доступа (минуты).
20. Если экстренное эндоваскулярное вмешательство проводилось, указать время от пункции артерии доступа до реканализации (если реканализация была достигнута) (минуты).
21. Если экстренное эндоваскулярное вмешательство проводилось, указать степень достигнутой реканализации по шкале mTICI.
22. Оперативное лечение геморрагического инсульта (ГИ) в стационаре: 1 - нет; 2 - да.
23. Перевод в стационар с нейрохирургическим отделением: 1 - нет; 2 - да.
24. Если проводилась реперфузия (ТЛТ, эндоваскулярное лечение), укажите балл по шкале NIHSS через 24 часа.
25. Осложнения реперфузии, если проводилась, через 24 часа: 1 - нет; 2 - внутримозговое кровоизлияние; 3 - кровотечение другой локализации.
26. Развитие симптомной геморрагической трансформации после проведения реперфузии (увеличение балла по шкале NIHSS на 4 и более + наличие внутримозгового кровоизлияния при КТ/МРТ): 1 - нет; 2 - да.
27. Назначение статинов при выписке: 1 - нет; 2 - да.
28. Выявлен симптомный стеноз сонных артерий более 70%: 1 - нет; 2 - да.
29. Патогенетический вариант по TOAST:
 - 29.1 атеротромботический;
 - 29.2 кардиоэмболический;
 - 29.3 лакунарный;
 - 29.4 другой этиологии (указать какой);
 - 29.5 неуточненный.
30. Наличие фибрилляции предсердий: 1 - нет; 2 - да.
31. Диагностика дисфагии: 1 - не проводилась; 2 - проводилась в первые 3 часа от поступления; 3 - проводилась в первые 24 часа от поступления; 4 - проводилась позднее 24 часов от поступления.
32. Искусственная вентиляция легких (ИВЛ): 1 - нет; 2 - да.
33. Если проводилась ИВЛ, укажите ее продолжительность в днях (только для пациентов, находившихся в ПИТ/ОРИТ ОНМК. Не указывать для пациентов, ИВЛ которым проводилась в другом ОРИТ (ПИТ)).

34. Трахеостомия: 1 - нет; 2 – да.
35. Назначение во время текущей госпитализации и/или при выписке антикоагулянтов оральных (новые оральные антикоагулянты (НОАК), варфарин): 1-нет; 2-да.
36. Назначение во время текущей госпитализации и/или при выписке антиагрегантов: 1 - нет; 2 – да.
37. Количество койко-дней, проведенных в ПИТ/ОРИТ ОНМК.
38. Количество койко-дней, проведенных в НО ОНМК.
39. Исход заболевания: 1 - умер в ПИТ/ОРИТ ОНМК; 2 - умер в НО ОНМК; 3 - умер в другом ОРИТ; 4 - умер в другом отделении (не ПСО или РСЦ); 5 - выписан; 6 - переведен в другую медицинскую организацию.
40. Балл по модифицированной шкале Рэнкина при выписке/переводе (от 0 до 5).
41. Балл по шкале мобильности Ривермид при выписке/переводе (от 1 до 15).
42. Выписан/переведен: 1 - поликлиника; 2 - отделение по уходу; 3 – 2-й этап реабилитации; 4 - санаторий; 5 - для хирургической профилактики; 6 - к труду; 7 - другое (указать).
43. Дата выбытия из стационара (выписка/перевод или смерть), дд.мм.гггг.
44. Результаты аутопсии у умерших больных: 1 - не проводилась (указать причину); 2 - проводилась, совпадение диагнозов; 3 - проводилась, расхождение диагнозов (указать категорию расхождения и патологоанатомический диагноз).
45. Наличие судорожных приступов: 1 - нет; 2 - да.
46. Если были судорожные приступы, указать сутки их возникновения от начала заболевания.
47. Комментарии.

Комментарии к форме ежемесячного отчета по больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения для стационаров государственной системы здравоохранения города Москвы:

В форму ежемесячного отчета включаются все пациенты с ОНМК, **выбывшие** из МО (выписанные, умершие или переведенные в другие МО) в течение отчетного месяца (отчетный месяц рекомендуется считать с 06.00 утра 1-го числа отчетного месяца до 06.00 утра 1-го числа месяца, следующего за отчетным). Название файла ежемесячного отчета должно выглядеть следующим образом: «ГКБ№.._ЕМ_дата (в формате месяц_год), например: «ГКБ№31_ЕМ_июнь_2016».

Форма ЕМ отправляется в ОМО по неврологии в формате Excel не позднее 10 числа каждого месяца, следующего за отчетным, по адресу ShamalovNA@zdrav.mos.ru.

**Начальник Управления
организации стационарной
медицинской помощи**



А.В. Микрюков

**Перечень медицинских организаций государственной системы
здравоохранения города Москвы, включенных в «Инсультную сеть»**

1. ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В.Склифосовского ДЗМ».
2. ГБУЗ Городская клиническая больница имени С.П. Боткина ДЗМ.
3. ГБУЗ Городская клиническая больница № 1 имени Н.И. Пирогова ДЗМ.
4. ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В.М. Буянова ДЗМ».
5. ГБУЗ «Городская клиническая больница № 15 им. О.М. Филатова ДЗМ».
6. ГБУЗ «Городская клиническая больница им. И.В. Давыдовского ДЗМ».
7. ГБУЗ «Городская клиническая больница № 31 ДЗМ».
8. ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В.В. Вересаева ДЗМ».

**Начальник Управления
организации стационарной
медицинской помощи**



А.В.Микрюков

**Шкала догоспитальной оценки тяжести инсульта
(LAMS)**

С целью оценки тяжести инсульта сотрудникам выездных бригад скорой медицинской помощи необходимо выполнить следующие действия:

1) Оценка лицевой мускулатуры:

Попросить пациента показать зубы, поднять брови, закрыть глаза, зажмурить глаза. Допускается демонстрация данных команд врачом. Оценить симметричность болевой гримасы в ответ на болевой стимул у пациентов, которые не могут понять медицинского работника (при речевых расстройствах).

0 – нет асимметрии или минимальная асимметрия лица;

1 – частичный или полный паралич мимической мускулатуры в нижней трети лица с одной стороны или полное отсутствие движений мимической мускулатуры в верхних и нижних отделах лица с одной стороны.

2) Удержание рук:

Руки следует вытянуть под углом 90 градусов (если пациент сидит) или 45 градусов (если пациент лежит на спине). Допускается демонстрация выполнения приема врачом у пациентов с афазией. Не допускается нанесение болевых стимулов.

0 – руки удерживаются под углом 90 или 45 градусов без малейшего опускания;

1 – одна рука медленно опускается, но производит некоторое сопротивление силе тяжести;

2 – рука быстро падает без сопротивления силе тяжести.

3) Сжать кисти в кулак:

Попросить пациента плотно сжать указательный и средний пальцы в кулаке. Оценить силу сжатия с 2-х сторон.

0 – сжимает симметрично, сила не снижена;

1 – с одной стороны сжимает слабее;

2 – не сжимает, движения в кисти отсутствуют или имеют место минимальные движения.

Сумма баллов: от 0 до 5.

При угнетении уровня сознания до сопора или комы, балл по шкале LAMS не определяется. Вместо этого указывается степень угнетения сознания (сопор или кома).

**Начальник Управления
организации стационарной
медицинской помощи**



А.В. Микрюков

**Шкала оценки ранних признаков инфаркта головного мозга для врачей
рентгенологов медицинских организаций государственной системы
здравоохранения города Москвы (шкала ASPECTS)**

Шкала ASPECTS является 10-балльной топографической КТ-шкалой, применяемой у пациентов с ишемическим инсультом в бассейне средней мозговой артерии.

Территория кровоснабжения средней мозговой артерии на двух аксиальных срезах (один на уровне таламуса и базальных ганглиев, другой — роstralнее сразу над базальными ганглиями) делится на 10 участков.

За каждый участок, имеющий признаки ранних ишемических изменений (гиподенсивность), вычитается один балл. Значение «0 баллов» означает диффузное поражение всей территории кровоснабжения средней мозговой артерии. При отсутствии изменений значение шкалы составляет «10 баллов».

Оцениваемые участки:

С — хвостатое ядро (Cauda)

L — чечевицеобразное ядро (Lentiform nucleus)

IC — внутренняя капсула (Internal capsule)

I — островковая доля (Insular cortex)

M1: «передняя кора СМА» или «оперкулярная зона»

M2: «средняя кора СМА» или «передне-височная зона»

M3: «задняя кора СМА»

M4: «передняя верхняя территория СМА»

M5: «средняя верхняя территория СМА»

M6: «задняя верхняя территория СМА».

Участки M1–M3 находятся на уровне базальных ганглиев, участки M4–M6 — на уровне желудочков непосредственно над базальными ганглиями).

**Начальник Управления
организации стационарной
медицинской помощи**



А.В. Микрюков



ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

П Р И К А З

16.11.2017

№ 793

**О внесении изменений в приказ
Департамента здравоохранения
города Москвы от 10.02.2017 № 79**

В целях дальнейшего совершенствования организации оказания медицинской помощи населению **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести изменения в приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 10 февраля 2017 г. № 79 «О дальнейшем совершенствовании организации оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

1.1. Дополнить приложение 2 к приказу пунктом 9 в следующей редакции:
«9. ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.С.Юдина ДЗМ».

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы **Е.Ю.Хавкину**.

**Министр Правительства Москвы,
руководитель Департамента
здравоохранения города Москвы**

А.И.Хрипун